

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

"Mãe, tenho medo..."

Preparação da criança de 5 anos para a vacinação

Catarina Isabel Nobre Maleita

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

"Mãe, tenho medo..."

Preparação da criança de 5 anos para a vacinação

Catarina Isabel Nobre Maleita

**Relatório de estágio orientado pela
Professora Maria Manuela Barbosa de Soveral**

2014



“Sou um pouco de todos que conheci, um pouco dos lugares que fui, um pouco das
saudades que deixei e sou muito das coisas que gostei.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

Agradecimentos

As palavras são escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada.

À Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e ao Diretor executivo Dr. Carlos Agostinho, à Coordenadora da USF Villa Longa, Dr. Ana Isabel Correia, e à Interlocutora de Enfermagem, Enfermeira Graça Lopes, pela compreensão, apoio e dispensa do horário laboral para a realização dos estágios.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pela oportunidade de frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

À minha orientadora Professora Doutora Maria Manuela Barbosa de Soveral serei sempre grata pela sua orientação, supervisão e análise crítica e detalhada deste relatório. Pelo seu contínuo apoio, compreensão e disponibilidade demonstrados ao longo da elaboração do projeto, no percurso dos estágios, bem como pela atenta revisão da redação deste relatório e que contribuíram para melhorar a sua apresentação final.

À Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido e, ao Serviço de Urgência, ao Serviço de Medicina, ao Centro de Desenvolvimento da Criança e à Unidade de Saúde Familiar (USF) pela disponibilidade e pelas facilidades concedidas indispensáveis à realização dos estágios. De forma especial, agradeço aos meus orientadores de estágio a orientação, apoio e oportunos comentários e sugestões que permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeiras Rosa Fonseca, Patrícia Nascimento, Graça Fernandes, Fátima Luz e Sónia Videira.

À equipa multidisciplinar da USF e principalmente a todas as minhas colegas pela ajuda nas trocas de turnos e a paciência para com o meu cansaço.

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu amigo Pe. António por acreditarem em mim. Com o seu amor incondicional, estiveram sempre presentes com uma palavra de conforto nos momentos mais difíceis, dando-me ânimo e incentivo, tornando este percurso possível.

A todas as crianças e famílias, pois sem elas este percurso não faria sentido.

A Deus...

ABREVIATURAS

Art.º	Artigo
h	Horas
min.	Minutos

SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CCF	Cuidados Centrados na Família
CDC	Centro de Desenvolvimento da Criança
CDCH	Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
CE	Consulta Externa
CECG	Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais
CIE	Conselho Internacional dos Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMCEE	Conselho de Ministros da Comunidade Económica Europeia
CSIJ	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados Saúde Primários
DDC	Declaração dos Direitos da Criança
DGS	Direção Geral da Saúde
DR	Diário da República
EESCJ	Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem
EMLA®	<i>Eutetic Mixture of Local Anesthetics®</i>
EpS	Educação para a Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GPT	Grupo Português de Triage
IAC	Instituto de Apoio à Criança
IP	Intervenção Precoce
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIIP	Projeto Integrado de Intervenção Precoce
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RCCEE	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
RCEEEESCJ	Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
REPE	Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem
RN	Recém-Nascido
RNs	Recém-Nascidos
SES	Sessão Educação para a Saúde
SGS II	Schedule of Growing Skills II
SM	Serviço Medicina
SNIPi	Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
USF	Unidade Saúde Familiar
TA	Tensão Arterial
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico

RESUMO

Procedimentos invasivos, como a vacinação, são sem dúvida momentos que causam ansiedade, medo e dor nas crianças. Para os pais prepará-las para estes momentos, quando se fala da vacinação aos 5 anos, é complicado. Os pais/família têm um papel fundamental no desenvolvimento da criança, pelo que a sua participação nos cuidados é essencial. Cabe ao Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ) apoiar os pais/família na expressão dos medos, dúvidas e angústias. O sucesso de um procedimento depende da parceria no cuidar que se estabelece com os pais/família em colaboração com a criança, envolvendo empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade. O EESCJ deve promover o bem-estar e a saúde da criança, e prevenir a doença, apoiado no desenvolvimento de competências que lhe permitem lidar com situações que alterem o funcionamento familiar. Este relatório surge da implementação do projeto: “Mãe, tenho medo...”-Preparação da criança de 5 anos para a vacinação, e integra três áreas: a Criança/Família em Situação Crítica, com estágios realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência; a Criança/Família no Internamento, Serviço de Medicina; e a Criança/Família na Saúde Infantil, Centro de Desenvolvimento da Criança e Unidade de Saúde Familiar. Os objetivos foram: adquirir competências do EESCJ, na prestação de cuidados à criança/família focados nas intervenções de enfermagem não traumáticas e competências comunicacionais e relacionais de acordo com o desenvolvimento da criança de 5 anos e o contexto familiar. Considerou-se a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba a que melhor dá resposta aos objetivos delineados. A metodologia utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva. Durante o estágio foram adquiridas/desenvolvidas competências de EESCJ, e outros saberes, que permitiram fazer a ligação teoria-prática, e desenvolver o espírito crítico-reflexivo, com vista a uma melhor adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios da Enfermagem.

Palavras-chave: Criança de 5 anos; Conforto; Cuidados não traumáticos; Vacinação.

ABSTRACT

Invasive procedures such as vaccination, are certainly moments that cause anxiety, fear and pain in children. For parents, preparing them for these moments, speaking of vaccination to 5-year olds, is complicated. Parents/family have a key role in child development, so their participation in health care is essential. It is the responsibility of the Specialist Child and Youth Health Nurse (SCYHN) to support parents/family in the expression of fears, doubts and anxieties. The success of the procedure depends on the caring partnership established with parents/families in collaboration with the child, involving empathy, respect, availability, trust, caring, understanding, comfort and familiarity. The SCYHN should promote well-being and child health, and prevent disease, by developing skills that allow them to deal with situations that alter family functioning. This report arises from the implementation of the project: " Mother, I'm scared ... " - Preparation of 5-year olds for vaccination, and integrates three areas: Child/Family Status Review with internships in the Neonatal Intensive Care Unit and Service Emergency; Children/Family in Internment, Medicine Service; and Child/Family in Child Health Center for Child Development and the Family Health Unit. The objectives were: to acquire the skills of a SCYHN, in care of the child/family focused interventions in nontraumatic nursing and communication and relational skills in accordance with the development of the 5 year old and the family context. The Theory of Comfort by Katharine Kolcaba was considered the one that best responds to the goals outlined. The methodology used was descriptive, analytical and reflective. During the internship the skills of a SCYHN were acquired/developed, as well as other knowledge that have allowed to link theory and practice, and develop critical - reflective spirit, in order to better adapt to new situations and consequent response to the challenges of Nursing.

Keywords: 5 year-old child; Comfort; No trauma care; Vaccination.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2. UM OLHAR SOBRE O PERCURSO VIVENCIADO	21
2.1 Criança/Família em Situação Crítica	21
2.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	22
2.1.2 Serviço de Urgência	28
2.2 Criança/Família no Internamento	38
2.2.1 Serviço de Medicina	38
2.3 Criança/Família na Saúde Infantil	48
2.3.1 Centro de Desenvolvimento da Criança	48
2.3.2 Unidade Saúde Familiar	54
2.4 Questões Éticas	60
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	
Apêndice I	Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto
Apêndice II	Cronograma dos Locais de Estágio
Apêndice III	O Dossiê da Diversão
Apêndice IV	Plano da Sessão de Formação aos Profissionais de Saúde - Programa Nacional de Vacinação
Apêndice V	Norma de Procedimento - Vacinação
Apêndice VI	Estudos de caso: Crianças com Défice Cognitivo - Síndrome de X-Frágil e Autismo
Apêndice VII	Artigos do Boletim da USF “O Novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil” e “Vacinação - O que fazer para ajudar o seu filho...”
Apêndice VIII	Folheto informativo para os pais - “O seu filho de 5 anos vai à vacina...”
Apêndice IX	Livro “O Casaco Mágico”
Apêndice X	Plano da Sessão de Educação para a Saúde “O Casaco Mágico”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL.

Após todo o percurso teórico e académico realizado, o relatório pretende ser um enunciado reflexivo do contexto prático da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivo principal a exposição, análise crítica e reflexiva dos objetivos delineados e das intervenções desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, de acordo com o projeto inicialmente elaborado, de modo a adquirir/desenvolver competências EESCJ.

“Mãe, tenho medo...” – Preparação da criança com 5 anos para a vacinação, foi o tema do trabalho realizado dada a abrangência e pertinência na área da pediatria, bem como, no meu contexto de trabalho, visando um aprofundamento de conhecimentos na área dos cuidados não traumáticos aplicados à vacinação. A aplicação deste tipo de intervenções, tendo por base a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994), poderá contribuir para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções de enfermagem autónomas. É fundamental refletir sobre o conforto da criança/família nas diversas etapas do desenvolvimento em contexto comunitário e hospitalar. O conforto, quando promovido de forma sistemática, traduz-se numa situação de tranquilidade física e bem-estar corporal, tal como é referido na CIPE Versão 2.0 (CIE, 2011).

Kolcaba (2001) defende que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas por enfermeiros. Habitualmente, o conforto surge associado à ausência de dor e à dimensão física da pessoa. No entanto, esta visão não pode ser a de um EESCJ, pois deve ser sempre utilizado um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2010). A promoção do conforto aplicada à criança/família é uma atitude altruísta, prática e satisfatória para quem é confortado

e para quem conforta, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Poder-se-á dividir os campos de estágio em três áreas: Criança/Família em Situação Crítica, na UCIN e no SU; Criança/Família no Internamento, no SM; e Criança/Família na Saúde Infantil, no CDC e na USF.

A proximidade e a área de abrangência da USF foram as principais razões para a escolha dos campos de estágio referentes à primeira área, tornando-se pertinente conhecer a realidade na prestação de cuidados à criança em situações específicas de doença. No que se refere ao SM e ao CDC, optei pela instituição onde iniciei a minha formação prática de enfermagem durante a licenciatura. Tendo algum conhecimento sobre a realidade, nomeadamente, na área dos cuidados não traumáticos, considerei ser um local que permitiria o desenvolvimento/aquisição de competências neste tipo de cuidados.

Estruturalmente, o relatório inicia-se com uma breve fundamentação teórica, seguindo-se uma análise das três áreas de estágio, divididas por capítulos, com a identificação dos objetivos delineados, as atividades desenvolvidas, uma breve caracterização dos serviços, uma síntese reflexiva e as competências adquiridas. As considerações finais encerram o trabalho, refletindo sobre em quê, como e porquê todo o percurso delineado foi relevante e essencial. Interessa considerar o que trouxe de novo e como modificou atitudes, comportamentos e a visão sobre a criança/família. São também referidas limitações encontradas e sugestões para futuros relatórios e estudos. No final, são apresentados, em apêndice, todos os trabalhos desenvolvidos ao longo do percurso reflexivo e formativo.

1. BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade de acordo com o seu ritmo (Bellman, Lingam & Aukett, 1996). A criança é um ser humano frágil e vulnerável em crescimento, desenvolvimento e constante aprendizagem, que se expressa através de comportamentos e reações que resultam da dinâmica entre os fatores anatómicos, psicológicos e sociais.

Dada a multiplicidade de fatores que interferem no desenvolvimento da criança, a prestação de cuidados pediátricos têm de assentar nos CCF e nos cuidados não traumáticos. Os CCF correspondem a uma filosofia de cuidados que visa fornecer apoio profissional à criança/família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, da capacitação das famílias e da negociação dos cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014). Cuidados não traumáticos são cuidados que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança/família, em qualquer contexto de cuidados de saúde. Estes abrangem a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou os cuidados paliativos em condições agudas e crónicas (*Ibid*). As intervenções variam desde a abordagem psicológica (preparação das crianças para os procedimentos) à abordagem perante o desconforto físico (imobilização, ruído, luminosidade, temperatura, etc.). Assim, Hockenberry & Barrera (2014, p.12), ao citar Wong (1989), referem que os “cuidados não traumáticos interessam-se pelo onde, quem, porquê e como de qualquer procedimento realizado na criança, com o propósito de prevenir ou minimizar o *stress* psicológico e físico”.

Considerando o que foi referido anteriormente, qualquer intervenção de enfermagem e/ou qualquer procedimento doloroso deve visar a promoção do conforto. Em qualquer contexto na área da saúde as crianças reagem e manifestam o seu desconforto de modos diferentes. Sinais como o choro forte, as expressões faciais e

corporais de desagrado, e a resistência física, poderão ser observados em lactentes e *toddlers*. Nos pré-escolares o desconforto é manifestado por choro, gritos, verbalização de expressões como “Não quero!”, “Vai doer!”, “Ai!” e “Dói!”, tentativa de afastamento do estímulo, falta de cooperação, ficando agitado e irritado, agarrando-se aos pais e/ou escondendo-se, bem como, solicitando contacto físico, como o colo e o abraço. As crianças em idade escolar podem adotar os comportamentos das crianças do pré-escolar, em especial durante os procedimentos dolorosos. Antecipadamente, estas crianças costumam verbalizar expressões como “Espera só um minuto”, “Espera! Só quando eu disser” e evidenciam rigidez muscular (olhos fechados, punhos cerrados, membros contraídos, testa enrugada). Os adolescentes demonstram o desconforto de forma mais contida e protestam menos (Jacob, 2014).

“Mãe, tenho medo!” é uma expressão frequentemente utilizada pelas crianças de 5 anos, durante qualquer procedimento doloroso (punção, vacinação, entre outros). Assim, importa caracterizar a criança com 5 anos, para melhor se compreenderem as suas atitudes/comportamentos.

Segundo Erickson, a principal tarefa psicossocial deste período é a iniciativa. As crianças encontram-se numa fase de intensa aprendizagem: brincam, trabalham e vivem ao máximo a sensação de concretização e satisfação das suas necessidades (Monroe, 2014). Na teoria cognitiva de Piaget, a fase pré-operatória constitui o período etário dos 2 aos 7 anos, em que a característica predominante é o egocentrismo. São crianças centradas em si, que não conseguem compreender o ponto de vista do outro; o pensamento é concreto e tangível, dominado por aquilo que elas veem, ouvem e experienciam (Gleitman, 2002). A criança é perspicaz no uso do pensamento mágico, acreditam no poder das palavras e aceitam o seu significado literal. As suas brincadeiras são imitativas, imaginativas e de dramatização; roupas de fantasia, bonecas, *kits* de médico e enfermeiras são brinquedos que proporcionam à criança momentos de autoexpressão (Monroe, 2014).

Considera-se a vacinação um procedimento ameaçador para a criança, sendo entendido como uma invasão extremamente dolorosa do seu corpo (*Ibid*, Ribeiro, Sabatés & Ribeiro, 2001), uma vez que as crianças temem que o conteúdo do corpo

saia pelo orifício provocado pela agulha, isto porque ainda não possuem a noção dos seus limites corporais, nem da sua anatomia (Santos, Borba & Sabatés, 2000).

Tendo em conta os aspetos referidos relativamente ao desenvolvimento cognitivo da criança, para que qualquer procedimento invasivo não se torne num momento desestruturante e ameaçador à sua integridade, é essencial estabelecer intervenções que a ajudem a ultrapassá-lo. Preparar as crianças/família para os procedimentos diminui a ansiedade, promove a colaboração, reforça ou ensina estratégias de *coping* como a imaginação, a distração e o relaxamento, e promove a sensação de controlo. A maioria das estratégias é centrada na informação acerca da experiência e são dirigidas a procedimentos stressantes e dolorosos (Brown, 2014).

Foram realizados vários estudos na busca de estratégias eficazes para diminuir a angústia vivida pelas crianças, muitos deles citados por Megel, Heser & Matthews (2002). Estes autores procuraram conhecer as estratégias naturalmente utilizadas pelos pais na preparação psicológica das crianças antes, durante e após a vacinação. Foram descritas várias estratégias para a preparação psicológica da criança como: informações processuais e sensoriais, técnicas de relaxamento e dramatização. As informações processuais, a distração e o contacto físico foram aplicados durante o procedimento, privilegiando-se o elogio e a recompensa após o contacto físico.

Megel, Heser & Matthews (2002) citam um estudo realizado por Blount (1992), no qual se constituíram dois grupos de crianças em idade pré-escolar, um grupo de intervenção e outro de controlo. Os pais foram preparados no sentido de aplicar técnicas de distração antes da vacinação, e a criança treinada para a utilização de exercícios respiratórios durante o procedimento. Concluiu-se que as crianças, em que os pais utilizaram técnicas de distração, manifestaram menos sentimentos de angústia comparativamente ao grupo controlo. As crianças que estiveram envolvidas ativamente durante o procedimento, realizando exercícios respiratórios, manifestaram igualmente menos ansiedade, exigindo menos contenção. A preparação dos pais e dos filhos para a vacinação, bem como o acompanhamento dos pais durante o ato, facilitam a capacidade de controlo da criança perante o procedimento doloroso (*Ibid*).

Segundo Taddio, Appleton, Chambers, Dubey, Halperin, Hanrahan *et al.* (2010), a percepção da dor que a criança experiencia diminui, se esta se encontrar focalizada noutro facto. No estudo realizado por Yoo, Kim, Hur & Kim (2011), a distração revelou ser uma intervenção de enfermagem excelente, simples e fácil em crianças na idade pré-escolar, em qualquer contexto clínico. Neste estudo, foi utilizado como distração uma animação em computador. O resultado veio corroborar outros apresentados no mesmo artigo, que analisam a importância da distração associada a procedimentos dolorosos. Ryu (2003) faz referência à utilização de fantoches e Lee (2004) à de brinquedos motorizados (citado por Yoo, Kim, Hur & Kim, 2011). Existem muitas distrações passíveis de serem utilizadas, mas, para que resultem, o enfermeiro deve estar ciente de que o tipo de distração a utilizar deve ter em conta a fase de desenvolvimento e as preferências da criança. Para crianças na idade pré-escolar, a estimulação visual e auditiva com jogos, vídeos e brincadeiras (cantar, contar, dizer o alfabeto, as vogais,...) é eficaz (*Ibid*).

Para operacionalizar esta temática, selecionei a Teoria do Conforto de Kolcaba, uma vez que esta apresenta uma visão holística do conforto, tornando o mesmo primordial para o cuidado de enfermagem pediátrica.

Kolcaba (2003) e Kolcaba & DiMarco (2005) consideram conforto como uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. Conforto pode ser definido de diversas formas: atenuar/aliviar a angústia ou tristeza, uma pessoa ou coisa que conforta, um estado de calma e livre de preocupações, tudo o que torna a vida fácil, a diminuição do infortúnio ou da dor, sendo calmante e inspirador (Webster, 1990, citado por Kolcaba & DiMarco, 2005). É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto (*Ibid*).

Para uma correta percepção da Teoria do Conforto de Kolcaba a autora explicita alguns conceitos. **Enfermagem** como a avaliação intencional de necessidades de conforto dos doentes, famílias e/ou da comunidade, conceção de medidas de conforto para atender a essas necessidades, e reavaliação das necessidades após a sua implementação, em comparação com uma linha de base anterior (Dowd, 2004).

Doente como o indivíduo, família ou comunidade que necessita de cuidados de saúde. O **Ambiente** surge relacionado com as influências exteriores (espaço físico, políticas, instituições,...) que podem ser manipuladas para melhorar o conforto. Por último, a **Saúde** como o ótimo funcionamento do doente, família e comunidade tendo em conta as necessidades de conforto, conforme definido pelo doente, família ou comunidade (*Ibid*).

Segundo Kolcaba (2003), proporcionar conforto ao doente, que deve ser encarado como um ser único numa situação particular e que carece de cuidados personalizados, atendendo ao seu bem-estar, é uma das funções mais importantes da enfermagem. O enfermeiro deve ter em conta todos os fatores comportamentais internos e externos da criança/família de forma a responder às necessidades identificadas e, assim, contribuir positivamente e de forma holística para a plenitude do conforto.

O estado de “alívio” refere-se a uma necessidade específica que foi satisfeita, “tranquilidade” como um estado de calma ou contentamento e “transcendência” o estado no qual ultrapassa os problemas ou a dor. Considerando os quatro contextos: o físico é relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos (dor, náuseas, vômitos, fome, calafrios ou prurido), sendo que as intervenções são dirigidas para a recuperação ou manutenção da homeostasia; o psicoespiritual relaciona-se com a autoestima, confiança e motivação da criança/família. Estas necessidades são muitas vezes aliviadas através da transcendência ou “conforto da alma” (oferecer um alimento favorito, massajar, toque, carinho, palavras de encorajamento). Ao contexto ambiental pertence o meio e as condições externas (tranquilidade, decoração, segurança, temperatura, luminosidade, ruído, odor, cor, mobiliário, manuseamento) e, por fim, ao social, pertencem as relações interpessoais, família e relações sociais estruturadas ao nível sociocultural (suporte, linguagem corporal positiva e carinho) (Kolcaba, 2003, 2013).

Ao interligar os três estados com os quatro contextos, obtém-se a estrutura taxonómica do conforto. Esta avalia as necessidades de conforto das pessoas, famílias, enfermeiros e instituições, no planeamento das intervenções e na avaliação e eficácia dessas mesmas intervenções promotoras de conforto, com o intuito de obter uma prática de excelência (*Ibid*).

Kolcaba na sua teoria define ainda três categorias de intervenções: intervenções técnicas que permitem manter a homeostasia; de *coaching* relativas à redução da ansiedade, o proporcionar segurança e informação, incutir esperança, ouvir e ajudar no plano de recuperação; e intervenções de alimento para a alma, para que as crianças/famílias se sintam cuidadas e fortalecidas (Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005). Através destas intervenções prevê-se que aumentem a eficácia, o conforto e os ganhos ao nível dos comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003).

As necessidades humanas, especialmente as de conforto, são satisfeitas através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo, explicação prévia dos procedimentos, respeito pela privacidade, entre outros. Também estão incluídas as necessidades da família, nomeadamente a situação socioeconómica, emprego, tradições culturais e religiosas e isolamento social (*Ibid*).

Em procedimentos invasivos, uma das prioridades do enfermeiro é prever e antecipar as situações causadoras de potencial dor e desconforto para a criança. Contudo, esta não se encontra dissociada da família. É ela que cuida, toma decisões e possui um maior conhecimento da criança, pelo que é essencial valorizar as estratégias para o restabelecimento das necessidades de conforto da criança, e que o enfermeiro centre os cuidados na família. De acordo com Kolcaba & DiMarco (2005), a presença dos pais é uma das intervenções de promoção do conforto aquando da realização de procedimentos invasivos.

A Teoria do Conforto de Kolcaba veio ajudar a uma melhor compreensão da problemática, mencionando o conceito de conforto de forma holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003, 2013).

2. UM OLHAR SOBRE O PERCURSO VIVENCIADO

Este capítulo contempla o percurso realizado em contexto prático que teve como objetivos gerais e transversais a todas as áreas desenvolver competências do EESCJ, na prestação de cuidados à criança/família com especial enfoque nas intervenções de enfermagem não traumáticas e competências comunicacionais e relacionais com a criança/família, de acordo com o desenvolvimento da criança e o contexto familiar.

Qualquer intervenção de enfermagem passa pela promoção do conforto. No apêndice I, encontra-se a operacionalização da Teoria do Conforto, abraçando os diferentes contextos da prática.

Em cada subcapítulo são apresentados os objetivos delineados para cada área de formação atendendo ao meu desempenho, é feita uma breve caracterização do serviço e das intervenções realizadas e identificadas as competências adquiridas/desenvolvidas.

2.1 Criança/Família em Situação Crítica

O estágio em Criança/Família em Situação Crítica realizou-se na UCIN e no SUP do mesmo hospital. O primeiro de 07 a 18 de outubro e o segundo de 21 de outubro a 15 de novembro de 2013 (Apêndice II).

Neste âmbito de cuidados foram definidos os seguintes objetivos:

➤ Promover o apoio à família no desempenho dos papéis parentais.

- Estabelecimento de relação de confiança e empatia, para que os pais expressem os seus sentimentos;
- Envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança, de acordo com a sua vontade e desejo, tendo sempre em conta a situação clínica;
- Sensibilização dos pais para o estabelecimento de um ambiente propício para o bem-estar do RN, tendo em conta o seu conforto, após a alta hospitalar.

➤ **Desenvolver um plano de intervenção, no âmbito dos cuidados não traumáticos de acordo com a idade.**

- Realização do acolhimento da criança/família;
- Promoção de um ambiente acolhedor e tranquilo, prestando cuidados visando o conforto da criança nos momentos de repouso e vigília;
- Explicação à criança/família, dos procedimentos a realizar, de modo a incentivar a sua colaboração e a criar uma relação de confiança;
- Elaboração de um “Dossiê da diversão” na qual constam algumas atividades e histórias, no SU.

2.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O nascimento de um bebé prematuro é um momento de angústia e *stress* para a família, mas também o poderá ser para toda a equipa de saúde que o vai receber e prestar os primeiros cuidados. A UCIN é, com certeza, um lugar onde se vivem muitas emoções. Barros (2006) refere que a UCIN é um serviço altamente especializado, repleto de profissionais e tecnologia especializada. Pelo facto dos bebés prematuros necessitarem de se adaptar à vida extrauterina, numerosos cuidados terão de ser prestados para que possam superar algumas das adversidades provenientes da sua prematuridade. Assim, será essencial um espaço físico adequado, materiais e equipamentos sempre disponíveis e em funcionamento, bem como, uma equipa multiprofissional em interação com os familiares dos RNs, proporcionando um serviço humanizado. Na UCIN os cuidados de enfermagem são prestados pelo método de enfermeiro responsável. A unidade comporta 3 incubadoras e 9 berços, sendo que esta organização poderá ser ajustada de acordo com as situações particulares das crianças, ou seja, poder-se-á colocar/retirar mais uma incubadora ou berços.

No decurso do estágio, a maioria das crianças internadas apresentava dificuldades respiratórias e na coordenação da sucção-deglutição, instabilidade térmica, icterícia e havia uma criança com fenda palatina e lábio leporino.

O bebé quando nasce é um ser imaturo. No caso do RN prematuro existem vários fatores associados ao seu nascimento precoce que podem influenciar o

estabelecimento da vinculação e ter repercussões na interação e no desenvolvimento (Videira, 2011). Cada vez mais, estas questões levantam preocupações. Os serviços encontram-se despertos para este facto quando permitem a permanência diária dos progenitores, facilitando que se estabeleça a relação com o RN e vice-versa. E quando se verifica a sua ausência? Ao longo do tempo, fui-me apercebendo disso, o que me levou a questionar – Porquê? O serviço dá a possibilidade aos pais de acompanharem os filhos! Na unidade, os pais poderão permanecer no período das 9h às 22h; no período noturno só é permitida a permanência das mães que se encontrem internadas.

Na relação que fui estabelecendo, dirigi o meu discurso para a questão que me inquietava. A não permanência dos pais passava pela dificuldade em encarar o filho na UCIN, a necessidade de manter os laços familiares com os restantes filhos/família e, por outro lado, as dificuldades económicas associadas à deslocação. A primeira causa prende-se com a dificuldade em vivenciar o contexto, a criança encontra-se numa incubadora “cheia de fios” e máquinas em redor, e os pais não sabem se podem mexer, como mexer, se o bebé sente dor, como posicionar, se vai sobreviver, se ficará com alguma sequela, como vai ser a sua relação com o bebé,... Todas estas inquietações geram nos pais insegurança, dificultando a interação com o RN, ou seja, retratam as necessidades de conforto evidenciadas pela Teoria do Conforto de Kolcaba, nos seus estados (alívio, tranquilidade e transcendência) e contextos (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural) (Apêndice I). Fui vivenciando, a par e par, com os pais, todas as emoções e também senti dificuldades. O nascimento é o momento mais esperado. E quando o bebé nasce antes do tempo? E necessita de cuidados especiais? Os pais não se encontram de todo preparados para um nascimento “antes do tempo”, para um “bebé com problemas”, um bebé diferente do bebé imaginado.

Uma das intervenções fundamentais que favorecem o conforto da família face aos desconfortos identificados e estimulam o acompanhamento do RN é o acolhimento na admissão da família ao serviço. Minorar os receios dos pais, assim como estabelecer uma relação de confiança necessária na parceria de cuidados (Serafim & Duarte, 2005), são fulcrais num primeiro contacto. Segundo Wilson & Askin (2014) é da responsabilidade do enfermeiro preparar os pais para verem, pela primeira vez,

o filho na UCIN, frequentemente geradora de *stress*. De acordo com Brazelton (1989), os pais perante a hospitalização do bebê, na UCIN, atravessam 5 fases até confiarem em si mesmos no relacionamento com o bebê: 1) relacionam-se com o bebê através da informação clínica; 2) observam e sentem-se encorajados com o comportamento reflexo e automático que veem quando o bebê é estimulado; 3) observam os movimentos mais reativos do bebê, ainda que não sejam estimulados por si; 4) os pais já tentam produzir movimentos de resposta espontaneamente, sendo nesta fase que se começam a sentir pais; e 5) quando os pais já são capazes de pegar ao colo, alimentar, embalar, no fundo, cuidar do RN encarando a sua fragilidade. É nesta fase que se estabelece a vinculação.

Durante o percurso realizado, não tive a oportunidade de vivenciar o acolhimento à criança/família, contudo, ao questionar a enfermeira orientadora apercebo-me de aspetos importantes a ter em consideração: a apresentação dos profissionais, do espaço físico, do ambiente e da dinâmica da unidade. A explicação da situação clínica e das fragilidades e capacidades do bebê, o equipamento a que a criança poderá estar ligada e a finalidade do mesmo, terá de ser realizada ao ritmo do estado emocional dos pais. Para tal, recorri a uma série de estratégias para aproximar pais e filho e facilitar a vinculação.

Uma das estratégias que adotei foi adequar os cuidados à família, no que se refere ao processo de luto ao bebê imaginário, à sensação de culpa que as mães têm quando o filho precisa de cuidados médicos, e aos sentimentos de ansiedade gerados pelo nascimento de uma criança prematura ou a precisar de internamento clínico.

Realizei ainda ensinamentos relativamente aos cuidados à criança, após averiguar com os pais, os cuidados que gostariam de prestar, negociando a participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, uma das competências defendida pela OE (2010).

Assim, segundo Videira (2011), as intervenções de enfermagem passam primeiramente por estabelecer uma relação de ajuda com os pais, ao esclarecer dúvidas e motivá-los a interagirem com a criança, adotando uma atitude calma e de escuta; articular a sua intervenção com a equipa multidisciplinar procurando manter a família informada acerca da evolução do bebê; estimular a presença da mãe e

envolvê-la nos cuidados a prestar, desde os cuidados maternos aos cuidados de enfermagem mais específicos, de acordo com a sua vontade e capacidade; e promover a interação física e emocional entre a díade, de modo a minimizar a barreira associada ao equipamento técnico e à permanência do bebê na incubadora. Na UCIN, o toque é importante. Na ausência do colo, o toque possibilita a interação mãe/filho e liga dois corpos, motivado pelo amor, carinho, aconchego e esperança de viver. Segundo Brazelton & Cramer (2001), o toque é considerado o primeiro ato de comunicação, uma das formas mais básicas de estabelecer uma relação entre a díade/tríade. Através do toque transmite-se segurança e afeto; tocar, segurar e embalar são assim mecanismos importantes no desenvolvimento do processo de vinculação. Estas intervenções de “conforto da alma”, proporcionadas ao RN e família permitem satisfazer as necessidades psicoespirituais de ambos e favorecer o seu processo de vinculação (Kolcaba & DiMarco, 2005). A par do toque, surge o método canguru, que promove o desenvolvimento neuro comportamental da criança e apoia a relação de intimidade e apego, ao manter a temperatura da pele, reduz a apneia e bradicardia, aumenta a frequência e a duração do sono calmo (Wilson & Askin, 2014), enquanto cuidados promotores do alívio do desconforto físico. Como consequência, foi possível desenvolver algumas competências promotoras da vinculação em RNs doentes e com necessidades especiais (OE, 2010).

Consciente da responsabilidade em prestar cuidados em contexto neonatal, preocupei-me em aprender como avaliar o RN. Os sinais de agravamento clínico são variáveis, muitas vezes, inespecíficos. Possuir a capacidade de perceber alterações no comportamento do RN e nas respostas fisiológicas exige muitos conhecimentos e perspicácia por parte do enfermeiro.

Assim, considero que me encontro mais desperta, no “olhar” para o RN, e para perceber as alterações no tom de pele (de rosado a marmoreado, pálido e ictérico), na reatividade e tonicidade (reativo e calmo para sonolento, menos reativo a estímulos, ou mais irritado e choroso, hipertónico ou hipotónico), na dificuldade em coordenar a sucção-deglutição, na hemodinâmica, no crescimento e desenvolvimento, mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade (OE, 2010). Por vezes, estas alterações surgem sem outro sinal ou sintoma associado, no entanto, devem ser sempre

valorizadas para detetar um possível agravamento da situação. Enquanto enfermeira especialista, temos de estar despertos e conscientes dos possíveis efeitos que poderão advir caso não se intervenha no sentido de promover a saúde e o bem-estar do RN.

Os prematuros podem permanecer na UCIN por longos períodos, de modo que os pais, mais presentes, rapidamente aprendem a conhecer o comportamento do filho. Eles percebem pequenas alterações no comportamento do RN que poderão passar despercebidas ao enfermeiro mais experiente. Os pais tornam-se, assim, um forte aliado, pelo que aprendi a valorizar sempre a sua opinião.

Os RNs necessitam de cuidados que vão além de cuidados técnicos, procedimentos e administração de medicamentos. O ambiente externo, em oposição ao uterino, é extremamente agressivo, repleto de fatores geradores de *stress*, que deverão ser controlados para favorecer o desenvolvimento global do RN. Dos vários fatores, poderemos destacar os ruídos dos equipamentos, cada vez mais modernos, e, principalmente, da atividade dos profissionais, a iluminação forte e contínua, o ar condicionado, o manuseamento excessivo, entre outros (Alves, Santos, Porto, Figueiredo, 2003).

Embora, seja um ambiente com algum equipamento tecnológico ruidoso, a equipa multidisciplinar da UCIN tem o cuidado especial em procurar, desde logo, silenciar o monitor proporcionando um maior conforto ao RN. Saliento os cuidados que todos manifestam em respeitar os momentos de repouso das crianças controlando a luminosidade e o ruído. Promover o conforto do RN revela-se um aspeto extremamente importante, pois segundo o autor supracitado, lactentes e crianças gravemente doentes têm um elevado risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados com o *stress*. O ambiente da UCIN pode contribuir significativamente para essas alterações. Contudo, nem sempre é possível respeitar as medidas referidas anteriormente, pois cada criança possui os seus ritmos próprios. A UCIN é naturalmente um ambiente ruidoso, podendo existir picos de intensidade ao longo do dia (passagem de turno, admissão, emergência, visitas médicas, prestação de cuidados de higiene e realização de procedimentos dolorosos), atingindo níveis elevados. O ruído, como qualquer outro estímulo, pode produzir uma reação de sobressalto, com aumento da frequência cardíaca e

respiratória e diminuição da saturação de oxigénio, regurgitação, cianose, entre outras reações não tão evidentes como o choro (Vieira & Carriço, 2003). Assim sendo, tentei adotar como intervenções promotoras do conforto e bem-estar ao RN o evitar conversar e colocar objetos junto ou em cima das incubadoras, reduzir o volume dos alarmes dos ventiladores e monitores, desligando-os o mais rapidamente possível e evitar bater as portas da incubadora.

A luminosidade é outro fator em que há a oportunidade de intervir, proporcionando maior conforto, uma vez que o sistema visual é o último a desenvolver-se, sofrendo mutações ao longo dos primeiros 4 meses de vida (Vandenberg, 2007). Como intervenções a realizar é possível referir: evitar a luz direta sobre o RN, colocando coberturas nas incubadoras; promover ciclos dia/noite com a redução da intensidade da luz nos períodos noturnos; e proteger as incubadoras próximas de luzes de fototerapia.

A manipulação excessiva impede que o bebé se re(organize) e crie estratégias de autoconsolo, relacionado com os estímulos que recebe, o que dificulta a sua adaptação à vida extrauterina (Vieira & Carriço, 2003). Deste modo, as intervenções do enfermeiro especialista passam pela sensibilidade em coordenar os cuidados com a equipa médica e com os pais, evitando a manipulação desnecessária, posicionar adequadamente o RN recorrendo ao uso de ninhos e rolos e promover a estabilidade fisiológica. Concomitantemente, os RNs são expostos a múltiplos procedimentos, médicos e/ou de enfermagem, considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos, estimando-se que, em média, cada um sofra cerca de 8 a 10 eventos dolorosos por dia (Castro, 2001, citado por Batalha, 2010). O alívio da dor deve ser, por isso, uma prioridade para qualquer profissional de saúde, especialmente para o enfermeiro especialista. Tendo em conta que a dor experimentada pelo RN pode ser prevenida ou aliviada (SPP, 2006, citado por Batalha, 2010), o papel do enfermeiro torna-se assim preponderante para tornar esta meta atingível. Apóstolo (2009, p.62) defende que "o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto".

O alívio da dor do RN é responsabilidade da equipa multidisciplinar, no entanto, sendo o enfermeiro o elemento mais próximo do RN e família, tem uma

responsabilidade acrescida na promoção do bem-estar e conforto. O controlo da dor não se resume à utilização de terapêuticas farmacológicas, mas compreende uma abordagem global que permite uma humanização dos cuidados com recurso a intervenções não farmacológicas (Johnston, *et al.*, 2002) como a amamentação, a sucção não-nutritiva, a solução de glicose, o contato pele com pele, a musicoterapia, a massagem, entre outras.

Na UCIN, durante os procedimentos dolorosos, são adotadas intervenções não traumáticas, que passam pela sucção não-nutritiva, o aconchego e o colo. Outra intervenção para a qual a equipa se encontra desperta é para a utilização da solução de sacarose, mas até ao momento o hospital ainda não a tinha adquirido.

A partir das intervenções de enfermagem definidas podemos implementar na prática intervenções técnicas como promover o posicionamento, a contenção, o contato pele-a-pele, a sucção não-nutritiva, o aleitamento materno, controlo da luminosidade, do ruído, a manutenção da temperatura corporal; proporcionar cuidados não traumáticos e um ambiente tranquilo e familiar. Como intervenções de *coaching*: informar, apoiar e ouvir os pais acerca das suas angústias face à hospitalização e ensinar sobre as medidas não farmacológicas promotoras de bem-estar e conforto (Kolcaba, 2003, Kolcaba e DiMarco, 2005) capacitando-os para futuras situações após a alta hospitalar.

O cuidado de enfermagem implica uma relação entre duas pessoas, a que cuida e a que é cuidada, que em pediatria é a criança/família. Ambos são seres singulares possuidores de um sistema de valores, crenças e motivações próprias decorrentes do seu habitat e de acordo com a cultura que os define. O enfermeiro deve respeitar o sistema criança/família a quem vai prestar cuidados, escusando-se de juízos de valor (OE, 2001).

2.1.2 Serviço de Urgência

A prestação de cuidados de enfermagem de urgência pediátrica obriga a um conhecimento teórico e prático mais abrangente dada a diversidade de situações que ocorrem, intervindo em todos os focos de enfermagem, de forma geral ou específica. Não se centra na patologia, mas no cuidar da criança/família, definindo

prioridades e utilizando uma metodologia de trabalho eficaz, envolvendo os diferentes setores da urgência – triagem e salas de observações e de tratamentos.

A definição de urgência é mais complexa que a de emergência, pois esta depende da percepção que cada indivíduo tem dos seus problemas de saúde. Segundo a proposta de requalificação das urgências entende-se por situação de doença e/ou lesão emergente, aquela onde é iminente ou está instalada a falência das funções vitais (Ministério da Saúde, 2007). Constitui uma situação de doença e/ou lesão urgente aquela onde existe risco de falência das funções vitais (*Ibid*).

O SU beneficia de duas salas de espera (uma interna e uma externa), uma sala de triagem (com capacidade para dois atendimentos), uma de observação médica (com capacidade para 6 médicos), uma de reanimação, uma de tratamentos, uma de aerossóis e uma UICD, com capacidade para uma cama e dois berços.

A idade de atendimento pelos serviços de pediatria (SU, CE, hospital de dia e internamento) foi alargada aos 17 anos e 364 dias, pelo Despacho n.º 9871/2010, publicado em DR, a 11 de junho de 2010. Este despacho visa assegurar, a todos os utentes até aos 18 anos, a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o SNS, uma vez que segundo o Art.º 1 da Convenção dos Direitos da Criança, esta é definida como todo o ser humano com menos de 18 anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. Ainda, segundo o Art.º 24, a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível, a ser assegurado pelo estado, e de acordo com a CDCH a ter os pais/acompanhantes junto de si, dia e noite, qualquer que seja a idade ou o estado.

Recorrem ao SU, maioritariamente, crianças em idades pré-escolar, escolar e adolescentes, sendo os politraumatismos, os TCE, pré e pós-operatórios cirúrgicos, intoxicações, bronquiolites, dificuldade respiratória, gastroenterites, vômitos incoercíveis e desidratações moderadas a graves, os motivos de admissão mais frequentes.

Segundo Benito (1996), o recurso à urgência hospitalar é realizado sobretudo à custa de falsas urgências, comportando duas consequências imediatas: custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes, ocupados na resolução de patologias banais (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues, 2006). Esta situação foi-se verificando no tempo e confirmada pela equipa multidisciplinar. A

procura desenfreada contribui para a diminuição da qualidade do atendimento, eleva o tempo de espera, aumenta a ansiedade de utentes e profissionais de saúde e compromete a capacidade de resposta a verdadeiras urgências e emergências (*Ibid*). A utilização indevida e a sobrecarga dos serviços têm vindo a preocupar profissionais e gestores pela escalada dos custos financeiros do sistema de saúde, sendo os SUP significativamente mais caros que a um nível mais primário.

Vive-se numa sociedade “sem tempo” disponível para a família, para as relações sociais e para nós próprios. As ações de promoção e prevenção da saúde são maioritariamente substituídas por ações de procura de cuidados de saúde. A sociedade, em geral, procura respostas rápidas e eficazes para todos os seus problemas. A saúde não é exceção. A qualquer hora do dia e/ou da noite a população sabe onde encontrar cuidados de saúde que visem o diagnóstico, exames e tratamento, independentemente da sua necessidade, o que conduz a uma procura indevida do SU hospitalar (Ministério da Saúde, 2007). Ao abordar os utentes no sentido de perceber o porquê do SU referiam: “durante a semana e/ou durante o dia não tenho tempo”, “fui às compras e aproveitei e passei por aqui”, “ela acordou pior”, entre outras. A solução para superar este fenómeno terá de surgir a partir dos CSP, na acessibilidade das respostas às situações e na educação dos cuidadores sobre os problemas mais comuns nas crianças. Será importante fortalecer a relação de proximidade entre os CSP e as crianças/famílias que deles necessitam.

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester veio melhorar o atendimento no SU. Este permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe. Foram estabelecidas cinco prioridades de atendimento, caracterizadas por uma cor, permitindo uma rápida visualização e interpretação. A triagem, por sua vez, não deve demorar mais de 2-5 min. No entanto, segundo o GPT, em pediatria poderá ultrapassar os minutos propostos.

Na triagem, colaborei principalmente na colheita de dados, o que permitiu entender o motivo da ida ao SU e as diferentes etapas que envolvem a avaliação e a situação clínica da criança/jovem. Após a avaliação, as crianças e os acompanhantes

aguardam na sala de espera, mantendo-se vigilantes a qualquer alteração do estado clínico. Assim, foi necessário ter presente “conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” (OE, 2010, p.3), sendo este também um dos princípios da triagem.

Na triagem nem sempre é fácil estabelecer uma relação de proximidade com a criança. Inicialmente fiquei com a sensação que estava perante uma “linha de montagem”. Considerem-se os objetivos da triagem: identificar rapidamente os cidadãos/utentes que experimentam situações de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente e avaliar precocemente todos os cidadãos/utentes, de modo a assegurar-lhes a prioridade de acesso aos cuidados de que necessitam, de acordo com a gravidade da sua situação de doença e/ou lesão. As expressões “identificar rapidamente” e “avaliar precocemente” refletem efetivamente as particularidades e prioridades bem distintas do SU.

É importante estabelecer prioridades, tendo em vista a avaliação do tipo de cuidados necessários e a identificação da área de tratamento para onde encaminhar a criança e/ou o jovem e a família. O enfermeiro na triagem tem de ser capaz de rapidamente tomar decisões fundamentadas, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia. Nesta sequência, considero importante enquadrar as competências gerais do enfermeiro especialista ao qual, de acordo com o REPE, compete executar, para além dos cuidados gerais, cuidados que requerem um nível profundo de conhecimentos e habilidades atuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui (Decreto-Lei n.º 161/96 de setembro alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril). Segundo o Art.º 83 do CDE, o enfermeiro deve “coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”, e “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.105).

Recorreu ao SU um jovem acompanhado por uma auxiliar de ação educativa, por motivos de alterações comportamentais (agressividade física a professores e colegas). A triagem foi conduzida no sentido de esclarecer as possíveis causas do

comportamento, havendo a preocupação em estabelecer um clima de privacidade e um rápido encaminhamento do jovem para o médico, e consequentemente para o serviço de Pedopsiquiatria. De acordo com a OE (2010), o EESCJ tem de ser sensível para encaminhar “as crianças que necessitam de cuidados de outros profissionais”, identificar “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, “situações de risco para a criança e o jovem” (p.3) e “facilitar a comunicação expressiva de emoções” (p.5). Estas situações necessitam de ser muito bem geridas quando estamos perante um serviço que contempla apenas duas enfermeiras por turno (uma enfermeira na triagem e outra na sala de tratamentos e de observação). Mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade dando uma resposta adequada e antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico (OE, 2010) é uma das competências a desenvolver pelo enfermeiro especialista perante situações de instabilidade das funções vitais.

No SU, a prioridade não é de todo o estabelecimento de uma relação, mas dar uma resposta o quanto antes à situação clínica da criança. Todavia, a base da relação é a comunicação e esta tem de se estabelecer. A comunicação não implica apenas palavras. Comunicar é muito mais do que palavras: comunicamos quando olhamos para a criança e ela nos retribui o olhar; quando acariciamos ou, simplesmente, respeitamos o seu silêncio. O estabelecimento desta relação não implica, contudo, grande dispêndio de tempo e é passível de ser concomitante com a triagem.

Na comunicação com as crianças, independentemente da idade, a componente não-verbal do processo assume um importante significado e transmite mensagens significativas (Hockenberry, 2014). As crianças prestam muita atenção às pessoas que as rodeiam e conferem significado a todos os gestos e movimentos, pelo que a aproximação não deve ser precipitada, seja com gestos ou palavras, devendo, sempre que possível, dar tempo para que ela dê abertura ao nosso contacto (Ferreira & Albuquerque, 1998). Assim, o facto de a triagem exigir tempos, isso não afetará a relação com a criança. A entoação, o ritmo e o tom de voz são ainda características importantes na comunicação. As crianças, em particular, respondem de forma atenciosa a uma voz tranquila, calma, clara e objetiva (Hockenberry, 2014) sem que haja contacto visual prolongado (Ferreira & Albuquerque, 1998).

Antes de qualquer intervenção do enfermeiro, o acolhimento da criança/família é fundamental. É num contexto de proximidade e confiança que o enfermeiro desenvolve as suas intervenções centradas na família, proporciona informação/ensina como prestar cuidados e ajuda a família a superar as suas preocupações, criando uma relação de ajuda. A identificação atempada das preocupações mais relevantes da família, prioriza medidas de conforto como a comunicação verbal, toque, escuta, contacto visual, entre outras. Estas intervenções serão mais reconfortantes se estabelecidas num contexto ambiental sereno, silencioso e acolhedor. A insistência na pro-atividade do conforto e do cuidar pretende minimizar os aspetos negativos das situações traumáticas e melhorar os sentimentos positivos da criança; o conforto é uma boa medida do cuidado pediátrico numa perspetiva multifacetada (Kolcaba & Dimarco, 2005).

A comunicação está na base de toda a relação humana. Na infância, as crianças são incapazes de verbalizar, usam principalmente a compreensão da linguagem não-verbal, ficando calmas quando acariciadas. Mais tarde, respondem rapidamente a qualquer contacto gentil e firme e à fala calma e tranquila. Os sons altos, grotescos e os movimentos súbitos são ameaçadores (Hockenberry, 2014). Na idade pré-escolar observam as coisas apenas em relação a si e a partir dos seus pontos de vista, por isso é importante direcionar-lhes a comunicação.

Elogiar e realçar algo na criança como o cabelo, os olhos, a roupa, o calçado, entre outros, permite ao profissional inspirar confiança e segurança na criança. O elogio de umas sapatilhas, a uma criança de 4 anos, permitiu que se estabelecesse alguma proximidade no contacto, intensificada ao longo do tempo através de alguns momentos de brincadeira e conversa com os pais, na UICD.

Estabelecer a comunicação através do brinquedo da criança é outra técnica muito utilizada, a que eu própria recorri. Começava por perguntar o nome do brinquedo, se estava doente,... Curioso! À medida que ia interagindo, verifiquei que a maioria das crianças extrapolava para o brinquedo sinais e sintomas que elas próprias manifestavam. Contudo, deparei-me com uma situação contrária: uma criança de 5 anos negava estar doente, tal como o boneco que trazia, apesar de não ter braço. Segundo Hockenberry (2014), crianças em idade pré-escolar afastam os objetos indesejáveis, puxam a pessoa para outro local e tapam a boca para não ouvirem o

que não desejam. Esta criança expressou o que sentia (dor, medo, desejo de ir para casa,...), e transpôs esse desejo para o boneco: - “O meu boneco quer ir para casa! Não faz mal, ele não ter braço! Não lhe dói!”. A criança teme o procedimento – colheita de sangue.

Após esta primeira abordagem à criança, dirigi a atenção para a mãe, referindo-me ao procedimento e esclarecendo o porquê da sua realização, solicitando a sua presença e colaboração. Utilizei uma linguagem simples e que não suscitasse interpretações erradas. A criança com esta idade faz leituras diretas e concretas daquilo que ouve e vê (*Ibid*), por isso evitei o termo “picas”. Ajudar a criança a promover a sua capacidade de confronto perante o procedimento e capacitar a mãe para favorecer esta ajuda, foram os objetivos. Entende-se por confronto o processo pela qual a criança se envolve em estratégias cognitivas e/ou comportamentais para gerir os episódios dolorosos (Varni, Blount, Waldron & Smith, 1995).

Embora existam estudos que refiram que é benéfico dar alguma informação à criança sobre o procedimento, na tentativa de reduzir a ansiedade, surgem dúvidas sobre que tipo e quando dar essa informação. Um procedimento invasivo com agulha assusta a criança em idade pré-escolar, sendo importante prepará-la com antecedência. Se a criança manifestar alguma ansiedade ao procedimento é importante esclarecer as dúvidas, se pelo contrário, a criança se encontrar calma, as explicações poderão desencadear manifestações de medo e ansiedade. *Cada criança é uma criança*, e são os pais que detêm maior conhecimento relativamente a experiências anteriores: preferências, interesses e medos (Jacobsen *et al.*, 1990, citado por Varni, Blount, Waldron, & Smith, 1995).

Foi, então, proporcionada à criança uma breve explicação do que iria acontecer, utilizando uma linguagem simples e evitando expressões como “levar uma pica”, e brincando fui dizendo que iríamos ver como eram as “estradas” (veias) no braço e qual seria a melhor para fazermos uma corrida. O garrote seria a meta. Após a escolha da melhor estrada, iríamos preparar a partida. Com a criança minimamente distraída, surgiu a colheita. Esta aparentemente nem sentiu a dor. A mãe sempre presente colaborou na contenção da criança e no jogo distrativo, promovendo o conforto da criança.

Na sua maioria, as crianças não possuem mecanismos de *coping* para a gestão eficaz da dor. O enfermeiro especialista assume um papel importante na gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança e do jovem otimizando as respostas (OE, 2010) e, para isso, deve garantir a gestão das medidas farmacológicas de combate à dor, aplicando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas de modo a promover o conforto (*Ibid*). De acordo com Kolcaba (2003), as intervenções de enfermagem não farmacológicas são fundamentais para a promoção do conforto da criança/família. Dando continuidade ao projeto, as intervenções passaram pelos cuidados não traumáticos e estratégias não farmacológicas no controlo da dor, de acordo com a situação, a criança e o seu estágio de desenvolvimento, incluindo as suas necessidades especiais e incapacidades. Frequentemente recorri à distração, ao contrato comportamental e às técnicas respiratórias, com resultados visivelmente positivos. As crianças/jovens colaboraram com facilidade nos procedimentos. Como forma de valorizar estes comportamentos positivos e incentivar a equipa a continuar a utilizar este tipo de estratégias, nomeadamente o contrato comportamental e o reforço positivo, foram entregues diplomas e medalhas de bom comportamento. Sempre que foi possível, procurou-se aplicar EMLA®, no entanto, a maioria das punções venosas e injeções intramusculares resultavam de uma prescrição de carácter imediato o que impedia a sua aplicação.

Recordo a expressão corporal de uma criança de 6 anos de idade, com odinofagia, que ia ser submetida à administração de uma injeção intramuscular de penicilina. A criança, quando compareceu na sala de tratamentos, vinha escondida atrás da mãe, agarrada às suas pernas, evitando o contacto visual e verbalizando que tinha medo. Considerando o estágio de desenvolvimento da criança, dirigi a minha atenção para a mãe, cruzando por vezes o olhar com a criança. Posteriormente dirigi-me à criança explicando, de forma simples e clara, o procedimento desafiando para um jogo (contar as borboletas na parede). A criança encontrava-se ansiosa e recordava situações semelhantes. Deste modo, foi dada possibilidade à mãe de conversar com a criança de modo a prepará-la para enfrentar a dor temida inerente ao procedimento. Após 30 min. a criança regressa, expressando capacidade para enfrentar a dor. Foi lembrado todo o processo, não esquecendo o conforto da criança. Durante o procedimento, a mãe abraçou-a como forma de conforto e de

contenção e todos nos envolvemos no jogo. Após o procedimento a criança questionou: “-Foi sem agulha?” Respondi que tinha usado agulha, mas como estava distraída não sentiu dor. De acordo com CDE, qualquer criança/família tem o direito a ser informada no que diz respeito aos cuidados de enfermagem. Para além disso, no Art.º 84, todo o enfermeiro deve atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, no que concerne aos cuidados de enfermagem (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). E esta teria de ser a minha conduta, a resposta teria de ser a verdadeira, pois o enfermeiro na comunicação que estabelece deve ser honesto. De acordo com as CECG, este “assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” e “comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível” apropriada às capacidades da criança/família (OE, 2004, p.21).

Como vem sendo referido, para qualquer criança, a hospitalização ou outra instituição de saúde revela-se uma experiência desagradável. O brincar utilizado ao longo de todo o processo de hospitalização, permite aliviar temores e ansiedades, e o que sente e pensa (Frota, Gurgel, Pinheiro, Martins & Tavares, 2007).

Os autores supracitados realizaram um estudo com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, identificando, pela observação comportamental, fatores stressantes como: o desconforto e a angústia de estarem num lugar e rodeados por pessoas desconhecidas; conversas sobre temas diversos e diferentes; e os procedimentos dolorosos, provocando na criança insegurança e ansiedade. A maioria das crianças manifestou medo, provocado pelo ambiente hostil e desconhecido, pela presença de pessoas estranhas e possibilidade de intervenções que pudessem provocar dor ou desconforto. Assim, revelou-se importante proporcionar momentos lúdicos. O brincar, a linguagem universal das crianças pré-escolares e escolares (Hockenberry, 2014), livre e/ou intencional proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de se desligar da realidade vivenciada, minimizando a tensão e promovendo o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo e proporcionando um tratamento humanizado (Frota, Gurgel, Pinheiro, Martins & Tavares, 2007).

Dada a inexistência de brinquedos no SU e uma vez questionada a enfermeira chefe sobre este facto, foi possível a elaboração de um pequeno dossiê intitulado “O

Dossiê da Diversão” (Apêndice III). Neste dossiê constam algumas atividades (sopa de letras, labirintos, pequenas histórias e desenhos livres para colorir) para as crianças realizarem em conjunto com os pais/acompanhantes, enquanto aguardam na sala de espera. Na sala, apenas existiam lápis de cor, algumas canetas e folhas de papel, mas nada muito organizado, daí que a elaboração de um pequeno dossiê permitiu estruturar o tempo de espera.

Partindo dessas atividades para uma dramatização é possível promover o desenvolvimento global, possibilitando o diagnóstico de um possível conflito na criança, tendo portanto função curativa e constituindo um “escape” para a diminuição da ansiedade. Na sala de tratamentos, o desenho foi o elo de ligação. A partir dele há a possibilidade de direcionar o diálogo para o estado de saúde da criança, o procedimento a realizar, o ambiente hospitalar, entre outros, de acordo com a atividade que a criança tenha escolhido.

A par do “Dossiê da Diversão”, foi organizada ainda uma pasta, localizada no ambiente de trabalho do computador da sala de tratamentos, onde se encontra um conjunto de músicas infantis (*Avô Cantigas*, *Jardim de Infância 1*, *Jardim de Infância 2*, *Músicas da Carochinha*) para tornar o ambiente mais harmonioso.

A prestação de cuidados implica dar atenção à criança como um ser único, inserido numa família e numa comunidade, contribuindo para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da criança/família, Art.º 89 do CDE (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Durante o procedimento, o comportamento adotado pelos pais/enfermeiros influencia o comportamento da criança e/ou a promoção do conforto. O enfermeiro especialista assume um papel importante na comunicação com a criança/família, que se pretende apropriada ao estágio de desenvolvimento, crenças e cultura, demonstrando assim conhecimentos acerca das técnicas de comunicação. O uso do lúdico orientado, pela utilização de atividades, ou ocasional, demonstrou ser um recurso humanizado para ajudar as crianças a lidar com experiências stressantes ao permitir-lhes exteriorizar sentimentos e conflitos e possibilitar um comportamento mais tranquilo e participativo, e um ambiente mais acolhedor e lúdico capaz de promover conforto, como preconizado pela teoria de Kolcaba (2013).

2.2 Criança/Família no Internamento

O estágio relacionado com a Criança/Família no Internamento decorreu no SM, no período de 18 de novembro a 13 de dezembro de 2013 (Apêndice II).

Para este estágio foram definidos os objetivos que se seguem:

➤ **Planear a intervenção junto da criança e dos pais.**

- Identificação de fatores stressantes produzidos pelo ambiente da instituição de saúde para a criança/família;
- Identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros no âmbito dos cuidados não traumáticos;

➤ **Responder às necessidades de formação da equipa de enfermagem.**

- Realização do diagnóstico das necessidades de formação da equipa de enfermagem.

2.2.1 Serviço de Medicina

A doença e a hospitalização constituem acontecimentos críticos na vida das crianças, às quais as crianças são particularmente vulneráveis. A compreensão, a reação e o mecanismo para enfrentar e superar a doença e/ou hospitalização das crianças são condicionadas pelos fatores individuais e característicos de cada fase do desenvolvimento.

O SM dá resposta a situações no âmbito da Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Infeciologia, Doenças Metabólicas, Gastrenterologia e Nefrologia. O internamento das crianças é feito a partir do SU, da CE e/ou do domicílio por internamento programado.

O serviço é estruturado em forma de “U”, uma das alas encontra-se destinada a lactentes, *toddlers* e pré-escolares e a outra destina-se a crianças em idade escolar e adolescentes, mas esta organização não é rígida, pois o serviço ajusta-se de acordo com a idade da criança trocando camas por berços ou vice-versa. Possui 25 camas, podendo comportar 31, divididas por 11 enfermarias de 2 camas e 7 quartos individuais e salas de enfermagem. Existem ainda 2 salas de atividades destinadas às crianças.

A prestação de cuidados tem como referência os CCF, em parceria e não traumáticos. O método de trabalho de enfermagem é o individual e personalizado: nos doentes crónicos e/ou internamentos prolongados é atribuído um enfermeiro responsável. Este serviço articula-se com o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Serviço Religioso, entre outros.

Inicialmente, adotei uma postura de observação participada na prestação de cuidados, de forma a conhecer a dinâmica do serviço e inteirar-me da execução de técnicas mais específicas. Após este período, iniciei a prestação direta de cuidados, em parceria com a enfermeira orientadora de estágio e restantes elementos da equipa, para poder continuar a desenvolver as competências de EESCJ.

Para a criança a hospitalização é uma situação de crise e o hospital encarado com uma fonte de *stress* (Algren, 2006; Marçal, 2006; Miron, 1990). Independentemente do motivo, a hospitalização exige da criança o estabelecimento de novas relações e adaptações (Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello & Luiz, 2007) e cada criança reage à doença e hospitalização tendo em conta alguns determinantes, como a idade, o nível de desenvolvimento, a rede de suporte social, entre outros. Segundo Nabais (2005, p.70), “ser criança é estar numa fase de desenvolvimento, onde à luz de algumas teorias, a idade, o género, o desenvolvimento cognitivo ou a maturidade emocional, determinam um esperado desempenho”.

São considerados como principais *stressores* na hospitalização, a separação, a perda de controlo e as lesões corporais (Sanders, 2014). Estes estruturam o objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2014). Ao interagir com as crianças e os familiares fui refletindo e recebendo informação, tendo identificado como principais fatores a ansiedade face ao desconhecido e o medo dos procedimentos e da solidão.

Ansiedade face ao desconhecido

Ansiedade segundo Ribeiro, Busnello, Quevedo & Kapcozinski (2001) é um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo, o qual pode ser interno ou externo. Se considerarmos a hospitalização uma situação altamente stressante e muitas vezes traumática para a criança, podendo afetar o

comportamento durante e após a permanência no hospital, facilmente estabelecemos o elo de ligação com a ansiedade.

As mães referiam:

- “Ele ficou logo ansioso mal lhe dissemos que tinha de vir ao hospital...” (criança de 7 anos).
- “Mal o médico lhe disse que não iria para casa e teria de ficar, ele começou logo a agarrar-se às minhas pernas e a dizer que não queria ficar...” (criança de 5 anos).
- “Ela não queria ficar, queria ir para casa, queria ir para a escola” (criança de 6 anos).

Podemos pensar que em situações de primeira hospitalização, e decorrente da escassez de informação sobre todo o processo, a ansiedade aumente consideravelmente, pois o medo do conhecido é normalmente menor que o do desconhecido (Sanders, 2014). No entanto, segundo Coyne (2006), a familiaridade anterior com o hospital e respetivas rotinas poderão não eliminar, nem mesmo diminuir, a reação da criança à hospitalização. Ou seja, novas hospitalizações podem suscitar ansiedade, de forma idêntica, relativamente a experiências anteriores. Isto advém das experiências vividas anteriormente, relativamente à dor, ao tempo de internamento, para além do receio perante uma nova experiência. Mas, se o hospital causa ansiedade também poderá ocasionar curiosidade pelo desconhecido: “estou curioso para ir ver a sala das brincadeiras...” (criança de 6 anos) “quero ir ver os palhaços... eles vêm aqui?...” (criança de 5 anos). A curiosidade é uma característica do ser humano. É previsível que as crianças estejam expectantes com o que irá acontecer, principalmente quando o vivenciam pela primeira vez.

A hospitalização não causa apenas ansiedade nas crianças, mas também nos pais. Os pais que acompanham o filho doente ao hospital estão ansiosos, porque não entendem muita da informação que lhe é transmitida (Jorge, 2004), assumindo por vezes um papel passivo. Alguns dos aspetos referidos pelos pais e que lhes causam algum nervosismo passam por desconhecer o que irá acontecer, se as crianças vão sentir dor, se vai correr tudo bem, se a equipa será simpática: “Também para nós pais, não é fácil... nós sentimo-nos ansiosos com o bem-estar do nosso filho”. Assim sendo, como já referido, a pediatria assenta no binómio criança/família, não

existindo uma criança, mas sim uma criança e os pais (Winicott citado por Carreiras, 2000).

Segundo a OE (2011), o exercício profissional do EESCJ é fundamentado na filosofia de cuidados de enfermagem pediátricos que evidencia os CCF. O que implica que se cuide, também da família, enquanto família, não só como parceira de cuidados, mas reconhecendo-a como uma constante na vida da criança (Bowden & Greenberg, 2005; Harrison, 2005). Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo EESCJ, estes devem contemplar uma relação de parceria com a família, onde se pretende o envolvimento e participação dos pais ou pessoa significativa nos cuidados à criança/jovem (OE, 2010).

Ambos se sentem ansiosos e vulneráveis, e necessitam da presença e do apoio da equipa de enfermagem para ultrapassar a experiência da hospitalização, nomeadamente capacitando a criança em idade escolar e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (OE, 2010), indo ao encontro de Kolcaba & DiMarco (2005), segundo os quais as intervenções de *coaching* passam por diminuir a ansiedade, dar informação e explicar os procedimentos (Tabela 2 do apêndice I).

Medo dos procedimentos

Normalmente, os procedimentos de enfermagem realizados à criança hospitalizada provocam dor/desconforto e, são motivo de sofrimento e de ansiedade. As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada essencial em situações potencialmente dolorosas. Kolcaba (2001) defende que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto sejam satisfeitas por enfermeiros. Habitualmente, o conforto surge associado à ausência de dor e à dimensão física da pessoa. O serviço dispõe de um dossiê denominado “Dor na criança”, onde se encontram bibliografia e normas de procedimento no controlo da dor, das quais destaco o uso de EMLA®, sucção não-nutritiva, amamentação, distração e imaginação guiada.

As “picas” são dos procedimentos mais temidos pelas crianças a nível hospitalar, uma vez que estão imediatamente relacionados com invasão corporal e dor. “Estou

com medo... vai doer... espera...” é a expressão referida por uma criança de 8 anos, antes de ser puncionada. Recordo uma mãe quando me contava como reagiu a filha de 4 anos, perante uma nova hospitalização: “...Ela começou a chorar...não queria ser internada, porque ela tem medo...das agulhas. Ela tem muito medo! O dia em que ela sabe que vai ficar internada, ela chora muito, ela não quer...”.

Quando pensamos em dor pediátrica, facilmente nos vem a imagem de uma criança aos “berros” ao ver uma seringa a aproximar-se. No nosso dia-a-dia, todos nós favorecemos a adoção deste comportamento. Durante muitos anos incentivaram-se as crianças a comer bem e a manter as regras de higiene e de bom comportamento com a ameaça: “olha que levas uma pica”. Atualmente, em muitos dos nossos corredores, ainda se ouvem pais, avós e outros familiares a verbalizarem: “Porta-te bem, senão levas uma pica... olha a enfermeira...”. Como consequência, apesar de muitos dos fármacos já serem administrados oralmente e os médicos e enfermeiros tentarem desmistificar estes estereótipos, o medo da seringa é o mais prevalente e temido pelas crianças (Roberts & Steele, 2009). No entanto, já se assiste a mudanças: “Eu no início tinha muito medo das picas, ia doer...” (criança de 9 anos). Segundo a *American Medical Association* (2010), citado por Linhares & Doca (2010), as abordagens não farmacológicas para o tratamento da dor em crianças incluem estratégias psicológicas e de apoio aos pais. A escolha da técnica mais eficaz deve considerar o tipo de dor (aguda, recorrente ou crónica), o contexto de dor (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), assim como características da dor (localização, intensidade e duração). As intervenções não farmacológicas frequentemente utilizadas com crianças podem agrupar-se em quatro grupos (Batalha, 2003).

A **comunicação** é o fundamento da relação entre enfermeiro, crianças e pais. Esta relação envolve não só o conhecimento da criança, mas preocupa-se com ela, transmite segurança; é toda uma prática de perguntar, acreditar, aceitar, explicar e ensinar para o desenvolvimento da autoestima e da confiança da criança (Ferrão, 1997, citado por Batalha, 2003). Santos e Valente (1995) citado por Batalha (2003) distinguem três tipos de comunicação:

Funcional: resulta da convivência diária entre os profissionais de saúde, e a criança/família. Implica o desenvolvimento de uma relação de confiança e afeto, a

partir dos momentos disponibilizados para *estar com*, para brincar e para falar sobre assuntos não relacionados com a situação clínica; desenvolve-se nas salas lúdicas, por exemplo.

Pedagógica: fornece à criança/família toda a informação relativa à situação de saúde. Recordo uma criança de 8 anos, à qual disponibilizei tempo, a sós na sala de tratamentos, para estar e conversar sobre a colheita de sangue e o seu procedimento, ao mesmo tempo que fomos contactando com algum material a utilizar (garrote e a “butterfly”).

Terapêutica: visa conduzir a criança/família para a autonomia. É capacitar os pais a darem continuidade aos cuidados no domicílio. Relembro a mãe de uma menina de 8 meses traqueostomizada, que se encontrava em fase de treino. Esta prestava os cuidados, com supervisão, no sentido de adquirir autonomia e confiança para os realizar após a alta hospitalar.

A **distração** consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa. Estímulos sensitivos agradáveis levam o tronco cerebral a ter uma perceção diminuída da dor - princípio da inundação sensorial (Raiman, 1988, citado por Batalha, 2003). Assim, considera-se que existem fatores fisiológicos, emocionais e comportamentais que potencializam ou diminuem a dor.

Este princípio é corroborado pela teoria do portão do controlo da dor, desenvolvida por Melzack & Wall em 1982. Este portão sugere que a dor seja compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, sendo esta complexa e mediada por uma rede de processos interativos. Estes autores consideram que os fatores ambientais (des/conforto, decoração com/sem cor, bonecos ou mobiliário in/adequado à criança) influenciam a perceção da dor. Outros fatores, como os físicos (lesões), emocionais (ansiedade) e comportamentais (pensamento fixo na dor) influenciam o portão, aumentando a perceção da dor. Consequentemente, a perceção da dor diminui através da medicação, do otimismo, do relaxamento e da distração (Odgen, 2004).

Deste modo, torna-se importante o conhecimento de técnicas distrativas, como estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, do tipo ler, ouvir histórias e jogar (Linhares & Doca, 2010). Estas técnicas são úteis na dor ligeira a moderada, embora também eficazes na dor grave. Brincar é um dos aspetos mais importantes na vida

de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para diminuir a ansiedade (Ferrão, 1997, citado por Batalha, 2003). “A que vamos brincar?” Pergunta a criança de 8 anos, à qual iríamos fazer colheita de sangue. Sugeri a visualização de desenhos animados, pois dispunha de um computador, ou a realização do jogo “jardim zoológico”, em que todos os intervenientes dizem um nome de um animal sem haver repetições. A distração pode servir não apenas para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação (*Ibid*). Neste caso, a criança praticamente não deu conta da realização do procedimento, ficando admirada quando lhe foi dito que já tinha terminado.

O **relaxamento** proporciona o equilíbrio do organismo. É uma estratégia comportamental que ajuda a criança a controlar o medo e a aumentar a tolerância à dor inerente a procedimentos invasivos. Bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão” ou o jogo do “mão morta, vai bater àquela porta” permitem o relaxamento do membro onde se irá efetuar a técnica dolorosa.

Em lactentes, proporcionou-se, essencialmente, o contacto físico com os pais/familiares/profissionais através do segurar ao colo numa posição confortável e o embalo amplo e ritmado acompanhado por uma voz pausada e suave, com repetição de expressões (Jacob, 2014). Realço que a presença dos pais é fulcral nestas situações e que é uma das intervenções de promoção do conforto na realização de procedimentos invasivos (Kolcaba & DiMarco, 2005). Diogo (2001, p.10) refere que os pais proporcionam “um relacionamento afetuoso e um ambiente social «quente», insubstituível, que só a família consegue proporcionar”.

Por fim, a **estimulação cutânea** promove o alívio da dor pelo relaxamento fisiológico. Podemos referir, como exemplos de técnicas, a massagem, o calor, o frio e o toque (Jaques *et al.*, 2006; Pimentel, 1992; Du Gas, 1984 & Carr, 1990, citados por Batalha, 2003).

Na prática, a técnica mais utilizada foi o toque através da carícia, do colo e do aconchego. A criança de 8 anos solicitou o abraço durante a colheita de sangue, à medida que via os desenhos animados no computador.

O toque pode e deve ser usado concomitantemente com outras técnicas, todavia, mesmo isoladamente, é eficaz. O toque produz alterações ao nível do hipotálamo, dando origem a um efeito relaxante, que também pode ser explicado pela confiança que se estabelece entre os prestadores de cuidados e a criança (Carr, 1990, citado por Batalha, 2003). Sempre que possível utilizou-se o EMLA®, sobretudo no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, mas, como forma de minimizar o medo na criança em idade pré-escolar, é fundamental também mostrar compreensão, desmistificar o problema, focalizando-nos nos seus aspetos físicos e emocionais, informando-a corretamente acerca do que a espera, encorajando-a a enfrentar a dificuldade e felicitando-a pelo sucesso conseguido.

Poderei referir que todas as intervenções mencionadas anteriormente se enquadram no contexto das intervenções técnicas evidenciadas no apêndice I.

Medo da solidão

Medo de ficar só e/ou medo da separação são, igualmente, fatores de *stress* em crianças hospitalizadas. A criança perde as suas referências, pela quebra de ligação com as pessoas significativas, e o seu espaço próprio, que lhe dava conforto (Brito, 2006).

- “Ela, no início, não me deixava ir almoçar... chorava um pouco, agora já fica com a enfermeira. A enfermeira brinca com ela, canta ou veem desenhos animados no computador. Esta também é a segunda hospitalização! Já conhece o espaço e as enfermeiras.” (Mãe de uma criança de 3 anos).

- “Quando soube que ficava cá, perguntou-me logo: - Mãe! Ficas comigo? Mesmo durante a noite?” (Mãe de uma criança de 7 anos, hospitalizada pela primeira vez).

- “Onde está a minha mãe... eu quero ir à mãe...” (criança de 3 anos, hospitalizada pela primeira vez).

Há diferenças ao nível do discurso entre crianças hospitalizadas pela primeira vez, relativamente às que já vivenciaram uma experiência anterior. Quem é hospitalizado pela primeira vez receia a separação propriamente dita. Mas, sabemos que segundo a CDCH, “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (IAC, 2009, p.13).

Os vínculos já existentes, estabelecidos entre a criança e os pais/pessoa significativa ou os profissionais, no caso de não ser a primeira hospitalização, permitem que a rutura não seja tão abrupta, e possa funcionar com terapêutica (Cavaco, 2006). Os enfermeiros devem, assim, preocupar-se em garantir o constante acompanhamento das crianças/familiares para que se sintam seguras e os efeitos negativos sejam minimizados. Recordo uma criança que desejava a presença da mãe, grávida de 7 meses. A preocupação da enfermeira incidia em permitir o conforto e bem-estar da mãe durante a noite, pois só tinha um cadeirão para lhe oferecer ou o quarto dos acompanhantes. A criança, de 10 anos, recusava-se a ficar sozinha durante a noite. Face à situação questionávamo-nos: Como ajudar esta criança? E a mãe? O que fazer? O serviço dispunha de uma pequena cama desdobrável, mas que já estava a ser utilizada. A solução seria deixar o pai pernoitar junto da criança e a mãe ficar confortável no quarto. E a criança iria aceitar? A proposta foi apresentada e ambos manifestaram agrado, agradecendo a forma harmoniosa e atenciosa com que se tentou proporcionar conforto e bem-estar a todos os intervenientes.

A formação é um dos meios essenciais para operar a mudança e alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional. A enfermagem tem sido obrigada a evoluir e a adquirir um papel ativo no desenvolvimento do agir profissional, dada a acelerada produção de novos conhecimentos, evolução científica e tecnológica e as mudanças contemporâneas observadas na sociedade e no seu sistema de valores. Backes *et. al.* (2003), citado por Mancia, Cabral & Koerich (2004, p.606), referem-se à formação como um “processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, consciencialização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxis crítica e criadora”.

As ações de formação a pares permitem a uniformização de cuidados e uma atualização de conhecimentos, através da apresentação das perspetivas teóricas mais recentes e da sua discussão. Assim, e dada a nova atualização do PNV, e respondendo aos objetivos inicialmente delineados e beneficiando dos

conhecimentos e experiência na área dos CSP, realizei uma ação de formação intitulada “Saúde da Criança – Programa Nacional de Vacinação” (Apêndice IV). Promover a formação em serviço é um dever do enfermeiro, preconizado na alínea I) do n.º 1 do Art.º 7 do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro de 1991 e no RCCEE, em que este se responsabiliza por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, “atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais; diagnostica necessidades formativas; concebe e gere programas e dispositivos formativos; favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e avalia o impacto da formação” (OE, 2010a, p.10).

A formação permitiu munir a equipa de enfermagem de um conhecimento mais atualizado do PNV. “Dever de informar” é um princípio defendido pelo CDE, no Art.º 84, em que o enfermeiro assume a função de informar as crianças e os pais no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, neste caso em particular, do PNV. Os pais devem ser informados de forma clara, não restando dúvidas quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer. Subjacente a este direito incorre um outro que é o direito da pessoa ao consentimento informado, ou seja, “o respeito pelo direito à autodeterminação”, a capacidade e a autonomia que os próprios doentes têm para decidir sobre si (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.109). O consentimento deve ser voluntário, livre de coação e baseado em informação correta. A pessoa deve ser informada e compreender a informação que lhe é fornecida para poder fazer uma escolha consciente.

A criança apresenta fragilidade, vulnerabilidade e dependência perante uma situação crítica, que exige a intervenção do adulto responsável para defender o seu bem-estar e promover o seu crescimento saudável. Perante qualquer dúvida que possa surgir relativamente ao PNV, e de forma a facilitar a sua consulta, foi elaborada uma norma de procedimento para uso interno do SM (Apêndice V).

A enfermagem é primeiro que tudo uma profissão de ajuda, cujo principal objetivo é promover o bem-estar de indivíduos, família e comunidade. Necessitamos para isso de um corpo de conhecimentos sólido e de aprendizagem contínua. Só assim se poderá compreender a amplitude e complexidade das experiências humanas.

2.3 Criança/Família na Saúde Infantil

Este estágio dividiu-se em dois momentos distintos sendo que o primeiro decorreu no CDC, de 16 de dezembro de 2013 a 17 de janeiro de 2014, e o segundo na USF, no período de 20 de janeiro a 14 de fevereiro de 2014 (Apêndice II). Neste âmbito de cuidados foram definidos os seguintes objetivos:

➤ **Compreender as diferentes fases de desenvolvimento da criança.**

- Observação e interação com crianças em diferentes etapas do desenvolvimento;
- Aplicação do Teste de avaliação das competências do desenvolvimento Schedule of Growing Skills II;

➤ **Desenvolver um plano de intervenção, no âmbito dos cuidados não traumáticos, focalizado na vacinação das crianças com 5 anos, na USF.**

- Apoio aos pais na vivência do papel parental, envolvendo-os nos cuidados;
- Elaboração de um artigo de jornal acerca do novo PNSIJ;
- Preparação da criança/pais para procedimentos potencialmente dolorosos, implementando intervenções de enfermagem não traumáticas:
 - Elaboração de um folheto informativo dirigido aos pais “Vacinação - O que fazer para ajudar o seu filho...”;
 - Explicação do procedimento com linguagem simples, envolvendo-os no procedimento;
 - Envolvimento da criança em brincadeiras;
 - Elaboração de um livro: “O Casaco Mágico” e de uma SES, desmistificando a vacinação;
 - Elaboração de um documento orientador para a prestação de cuidados não traumáticos durante a vacinação;

2.3.1 Centro de Desenvolvimento da Criança

O CDC aborda de forma multidisciplinar os problemas neurológicos e do desenvolvimento da criança. É constituído por equipas multidisciplinares que incluem pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, especialistas em doenças metabólicas, enfermeiros, psicólogos, educadores, terapeutas da fala e

ocupacionais, fisioterapeutas e técnicos do serviço social. Integrado no hospital, permite o recurso a outras especialidades fundamentais para a abordagem da patologia do desenvolvimento (genética, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, etc.), assim como a exames complementares de diagnóstico. O CDC é um serviço que presta cuidados a crianças em situações de doença crónica ou incapacidade e possui como funções gerais o estudo, diagnóstico, tratamento, acompanhamento/apoio de perturbações neurológicas, cuidados centrados na família, cuidados em parceria e cuidados holísticos, na qual há uma interação/formação da família e pessoas significativas e ainda uma interligação com os recursos da comunidade (centros de saúde, escolas, jardim-de-infância, autarquias, instituições de apoio social, entre outras).

Segundo o manual de procedimentos, o enfermeiro é responsável pelo acolhimento e integração, muito mais que a admissão a um serviço, é um processo que implica tempo e que se constrói. Curioso! Apesar do sistema informático chamar as crianças automaticamente, o enfermeiro desloca-se à sala de espera e chama a criança pelo nome, que maioritariamente se faz acompanhar pelos pais ou familiares próximos, estabelecendo desde logo com eles uma relação. Esta atitude torna o acolhimento diferente e o ambiente hospitalar menos hostil para a criança/família. Levanta-se a questão: os avanços informáticos são ótimos, mas não será que tornam as relações muito impessoais e distantes? Pela evolução dos sistemas informáticos esta atitude vai-se perdendo. Por que não reacender esta antiga postura?

Aliado a esta atitude, gratificante, surge o desuso de bata ou farda por parte de alguns profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e educadores; um cuidado não traumático importante para crianças que poderão apresentar alterações do desenvolvimento.

A colheita de dados, realizada na primeira consulta, à base da interrogativa, deve ser o mais completa possível, para se poder contextualizar a situação e a família que necessita de ajuda. Os pais manifestam o seu agrado na preocupação e interesse dos profissionais de saúde. E as crianças, como se sentem? Nas salas e gabinetes existem brinquedos, adaptados a várias idades, para a criança explorar e brincar (brinquedos, livros, jogos,...), o que facilita a comunicação, e, posteriormente, o estabelecimento da relação.

Nas consultas de enfermagem pude constatar a presença de competências de enfermeiro especialista definidas pela OE, das quais destaco a que considero específica para o serviço em causa, como a resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados e assente num vasto conhecimento científico. Por exemplo, responder de forma adequada aos pais que questionam a forma de atuação numa crise epilética ou numa convulsão, quais os alimentos desaconselhados numa criança com fenilcetonúria ou qual a alimentação e suas quantidades numa dieta cetogenica. Assim, o enfermeiro nas suas intervenções proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (OE, 2010).

Os profissionais trabalham em parceria com agentes da comunidade, o que melhora a acessibilidade aos cuidados, gerindo e facilitando a marcação de múltiplas consultas para um mesmo dia. Foram várias as situações em que crianças vindas do interior do país tinham consultas marcadas para diferentes especialidades (consulta do desenvolvimento, terapia ocupacional,...), evidenciando o cuidado, do hospital e da equipa multidisciplinar, em zelar pelo bem-estar da criança/família, ao promover uma adequada vigilância de saúde.

Bem patente neste centro é a EpS. Esta é atualmente considerada como a estratégia mais adequada na promoção da adoção de estilos de vida saudáveis. Green & Kreuter (1991) consideram que a EpS assume particular relevo nos cuidados de enfermagem, visando promover atitudes e comportamentos positivos de saúde definidos, de uma maneira geral, como o padrão de comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde. A consulta de enfermagem é um momento privilegiado para a EpS, como refere o CMCEE, na Resolução n.º 89/c3/01 (1990), ao definir EpS como “um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto” (Rodrigues, 2005, p.47). O enfermeiro é considerado o profissional de eleição para desempenhar este papel de educador ao longo do ciclo de vida da criança/adolescente e pais.

Por ser um serviço muito particular ao abordar diversas patologias, muitas delas raras, a equipa multidisciplinar organiza SES com alguma regularidade, abordando temas gerais como a alimentação, higiene corporal e oral, prevenção de acidentes, e outras temáticas um pouco mais específicas e relacionadas com patologias, por exemplo, prevenção de úlceras de pressão em crianças para e tetraplégicas e como atuar numa crise de epilepsia ou convulsão, procurando deste modo “oportunidades para trabalhar com a família e a criança e o jovem no sentido de adotar comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2010, p.3).

No contexto das atuais preocupações com a educação e o desenvolvimento das crianças, bem como com a deteção precoce de qualquer alteração, um dos objetivos primordiais deste estágio foi a aquisição de competências relativas à promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, uma competência específica definida pelo RCEEEESCJ da OE (OE, 2010). Durante as consultas de enfermagem, em termos objetivos, é feita a avaliação da TA e dos parâmetros estado-ponderais (peso, estatura/altura e perímetro cefálico), recorrendo às curvas de percentis do novo PNSCJ (DGS, 2013). A avaliação do desenvolvimento, com recurso a escalas, é realizada pelas educadoras de ensino especial. Assim, procurei estar sempre presente durante as avaliações.

A escala Mary Sheridan, a mais habitual, não é a utilizada, mas sim a escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - SGS II, que se baseia na anterior. Esta escala, com a qual contactei, pela primeira vez, na disciplina do 1.º semestre “A Criança e o Jovem em Crescimento e Desenvolvimento”, é utilizada pelo CDC, tendo sido traduzida e adaptada pelo PIIP de Coimbra.

Constitui uma ferramenta útil para os profissionais ligados à área do desenvolvimento e da vigilância da saúde infantil, designadamente, médicos pediatras, enfermeiros, psicólogos e educadores (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). Possibilita identificar de forma fiável, simples e prática, o nível de desenvolvimento da criança em 9 áreas de competências desde o nascimento aos 5 anos ao permitir: comparar a criança-alvo com a norma; comparar a criança-alvo em diferentes tempos; estabelecer se há atraso ou não de desenvolvimento; fornecer indicadores da natureza do problema da criança; indicar as áreas fortes e as áreas fracas do desenvolvimento; e observar desvios de desenvolvimento (*Ibid*). A aplicação desta

escala de avaliação não deverá ser feita como uma regra absoluta para um encaminhamento da criança, mas sim como um indicador de que algo não está bem. Parece ser uma escala de difícil aplicação, mas os resultados quantificados são de fácil interpretação, quer para os profissionais, quer para os pais. À medida que se abordam os pais sobre algumas questões no sentido de contextualizar a criança no seu ambiente familiar e social, observa-se a criança, o seu comportamento, como explora o ambiente e como brinca com os meios disponíveis na sala, preenchendo desde logo alguns itens da escala.

De forma a desenvolver competências nesta área, elaborei dois estudos de caso (Apêndice VI), que permitiram aplicar a escala e discutir com a educadora os resultados obtidos, planear uma possível intervenção à criança/família e conhecer um pouco da fundamentação teórica aliada às várias patologias que se encontram associadas a cada estudo de caso.

A própria escala ajuda a identificar as capacidades a adquirir pela criança na fase de desenvolvimento seguinte, permitindo instruir os pais: uma criança de 15 meses, tendo adquirido o “rabisco de cá para lá”, presume-se que aos 18 meses seja desejável a aquisição do “rabisco circular”, assim como numa criança de 41 meses que tenha adquirido a capacidade em imitar o círculo e a cruz, aos 48 meses seja capaz de copiar um quadrado. Assim, para além de permitir a avaliação do desenvolvimento da criança, permite prestar cuidados antecipatórios às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento, como defendido pelo RCEEEESCJ (OE, 2010).

Em cada criança/família, e remetendo para os estudos de caso em apêndice (Apêndice VI), a intervenção é direcionada para os resultados obtidos no teste de avaliação do desenvolvimento, intervindo junto dos pais/acompanhantes na adoção de atitudes e comportamentos para estimular a área de desenvolvimento que se encontra abaixo da norma – fala e linguagem no caso da “Isabel” e visão, audição e linguagem e autonomia, para o caso do “Afonso”. Esta avaliação permitiu o diagnóstico de “necessidades especiais e incapacidades na criança” de acordo com o preconizado pela OE (OE, 2010. p.5). A situação do “Afonso”, requer outro tipo de intervenção, dado o resultado obtido e as suspeitas de Síndrome de X-Frágil e/ou Autismo, com recurso à escala M-CHAT, tendo sido referenciado para a IP.

Segundo o Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de outubro de 1999 (p.15556), a IP é “uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva, habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”. Considera como destinatários “crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentam deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento” e tem como objetivos “facilitar o desenvolvimento global da criança, otimizar a interação criança/família, e envolver a comunidade no processo de intervenção”. O Despacho Conjunto foi posteriormente revogado pelo Decreto-Lei n.º 281 de 6 de outubro de 2009, criado com base nos princípios estabelecidos no CDC e no âmbito do Plano de Ação para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, criando o SNIPI. Este sistema nacional “consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento” (DR, 2009 p.7298). Assim, a IP abrange uma multiplicidade de serviços e apoios que se desenvolvem com base num relacionamento de parceria com a família, fomentando o desenvolvimento da criança. São equipas com educadores de infância de IP, enfermeiros, médicos de família/pediatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, e outros.

Toda esta experiência permitiu conhecer um pouco deste “mundo” em redor da IP em crianças com défices no crescimento e no desenvolvimento, uma vez que o encaminhamento que fiz se limitou ao preenchimento de documentos, não tendo a oportunidade de experienciar as fases seguintes do processo que passa por reuniões com os diferentes profissionais na elaboração de um plano de intervenção a desenvolver com a criança/família.

Estes défices encontram-se, por vezes, associados a doenças raras, assim, aquando da elaboração dos estudos de caso, aprofundei um pouco o conhecimento relativo às possíveis doenças diagnosticadas nas duas crianças, *Miastenia Gravis* e a Síndrome de X-Frágil, salvaguardando que o autismo não é considerado uma doença rara.

Assim sendo, a passagem por este centro apenas permitiu conhecer uma pequeníssima ponta de um “icebergue” que corresponde às doenças raras, bem como as intervenções de enfermagem correspondentes. Não poderei proferir que desenvolvi capacidades de resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, pois ainda há um longo caminho a percorrer que talvez seja desenvolvido à medida que vão surgindo as situações no local de trabalho.

2.3.2 Unidade Saúde Familiar

Os CSP correspondem ao primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o SNS. Estes cuidados, prestados a crianças, jovens e famílias, exercem um importante papel na promoção da saúde e na prevenção da doença, através das CSIJ.

Com a reforma dos CSP, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, criaram-se os ACES. A USF, criada em maio de 2008, está integrada no ACES Estuário do Tejo e a equipa é constituída por 11 médicos, 10 enfermeiros e 8 assistentes técnicos. “Consigo pela saúde de todos” é o lema da USF, em que se pretende capacitar o utente como elemento da equipa, envolvendo-o com responsabilidade no seu processo de saúde/doença (Regulamento Interno da USF). A população inscrita é maioritariamente jovem, possui um nível socioeconómico médio/baixo e grande diversidade cultural (africanos, ciganos e cidadãos oriundos de países de leste são os mais comuns).

Estas unidades com autonomia funcional e técnica contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, garantindo uma carteira básica de serviços aos cidadãos inscritos, ao promover, de acordo com o PNS 2012-2016, a saúde e a prevenção da doença como importantes estratégias a adotar no sentido de obter “ganhos em saúde” (Ministério da Saúde, 2012), tal como referido no REPE. De acordo com este documento (Art.º 8) “o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.383).

A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, é indiscutível a importância das ações de vigilância, contínuas e de qualidade, da saúde infantil e juvenil. Os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem na sua essência uma interação entre enfermeiro e utente, família, indivíduos e comunidade. Neste âmbito, e considerando a filosofia de cuidados da USF, a equipa encontra-se organizada por “Enfermeiro de Família”. O enfermeiro é assim, o elo de referência entre o serviço de saúde e o utente e a família, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um conjunto de famílias, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde/doença. Afirmam-se não só como um recurso para a família, mas também um suporte qualificado nas respostas em cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular (Ferreira, 2010).

Os grupos profissionais organizados por equipas de família garantem efetividade, proximidade, acessibilidade, continuidade e a globalidade dos cuidados, ao longo do ciclo vital da família. Como modelo organizativo de cuidados, é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, ou seja, o enfermeiro que acompanha a grávida é o mesmo que realiza a visita domiciliária ao RN e acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança nas CSIJ. A visita domiciliária ao RN é uma oportunidade para avaliar o contexto familiar e social e, deste modo, detetar precocemente sinais de crise ou de maior vulnerabilidade. Esta filosofia de cuidados permite a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança, do jovem e família, no seu próprio contexto. Ao mesmo tempo é possível estabelecer relações familiares entre utentes, o que facilita a deteção precoce de situações de abuso, negligência e maus tratos. Segundo o CDE, no Art.º 80, o enfermeiro como responsável pela promoção da saúde junto da comunidade tem o dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.83).

Na minha prática, vivencio, diariamente, medos, receios e ansiedade nas crianças/família antes e durante a vacinação. Alguns pais sentem dificuldade em preparar as crianças para este procedimento. Sabe-se que a vacinação causa nas crianças ansiedade, medo e dor, antes e durante a administração, e conduz a

comportamentos como o chorar, gritar ou resistir verbal e fisicamente de forma intensa e prolongada (Cohen, Blount, Cohen, Schaen & Zaff, 1999; Jay, Ozolins, Elliot & Caldwell, 1983, citados por Faria, 2012). Para lidar com estes sentimentos, os enfermeiros necessitam de estar munidos de ferramentas para tornar o cuidado não traumático. É neste sentido que pretendo marcar a diferença no meu desempenho profissional. Assim surgiu o tema apresentado para este relatório, “Mãe, tenho medo... - Preparação da criança de 5 anos para a vacinação”. Como forma de dar resposta às necessidades referidas, pretendi desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais nos cuidados à criança, ao jovem e à família na CSIJ, tendo em vista os cuidados antecipatórios na criança com 5 anos na promoção da saúde, com o seu enfoque na vacinação, promovendo o conforto e o bem-estar.

Como foi referido, preconiza-se uma prestação de cuidados não traumáticos, mas, é certo que muitos dos cuidados prestados são sentidos pela criança como traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores. Mesmo que a criança colabore num procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação (Ribeiro, Sabatés & Ribeiro, 2001), sendo a CSIJ uma ótima oportunidade para dar resposta aos medos da criança e às incertezas e dúvidas dos pais. Na maioria das vezes, as crianças fazem-se acompanhar de irmãos, tios, padrinhos ou avós, o que facilita o estabelecimento de uma relação com os membros da família. Em várias situações, as crianças de 4-5 anos acompanharam os irmãos RNs às consultas, onde tive a oportunidade para esclarecer dúvidas, maioritariamente, relativas à administração das vacinas. Estes momentos permitem aconselhar os pais, da forma como devem agir e comunicar às crianças a necessidade de serem vacinadas aos 5 anos. Por outro lado, a criança que futuramente será vacinada terá como referência o enfermeiro de família com o qual vai estabelecendo contacto. A CSIJ tem como intuito promover a vigilância da saúde da criança e do jovem, tendo como horizonte o bem-estar infantil/juvenil e da família. Este é um facto contemplado pelo PNSIJ, o qual considera que a promoção da saúde é um imperativo de todos os profissionais de saúde (DGS, 2013). Logo, a CSIJ, seguindo uma das linhas orientadoras do PNSIJ, preconiza a avaliação do

estado de saúde da criança e do jovem e a aquisição de competências por parte dos pais para a prestação de cuidados.

De forma a dar resposta às necessidades anteriormente identificadas, foram publicados dois artigos no boletim da USF (Apêndice VII). “O Novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil”, dando ênfase às principais alterações na cronologia das consultas, na adoção das curvas de crescimento da OMS e novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, perturbações emocionais e do comportamento e maus tratos. “Vacinação - O que fazer para ajudar o seu filho...” foi o outro artigo, que enfatizou o quanto é importante a preparação dos pais e crianças para a vacinação. Abordaram-se questões acerca da importância da vacinação, a forma como a criança vivencia o momento, enumerando algumas dicas para os pais poderem ajudá-la a vivenciar o processo de forma não traumática. Apesar da dor associada à vacinação ser considerada aguda, há evidências de que esta pode influenciar a forma como as crianças sentem e vivenciam dores futuras (Shaw & Lamdin, 2011).

Após a publicação, alguns utentes valorizaram os artigos considerando-os úteis e pertinentes na ajuda às crianças e facilitadores da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança, jovem e família, tal como preconizado nas competências da OE (OE, 2010).

O sucesso de um procedimento doloroso, como a vacinação, depende da construção de bons relacionamentos e parcerias práticas com os pais e cuidadores. A preparação da criança, em parceria com os pais, para procedimentos desconhecidos e dolorosos, como a vacinação, promove a parentalidade. Esta é definida pela CIPE, versão 2.0, como “tomar conta: assumir a responsabilidade de ser mãe e/ou pai; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados” (CIE, 2011, p.66). Os enfermeiros devem centrar-se em estratégias pertinentes para trabalhar com as famílias, para que estas possam promover cuidados adequados às crianças, abordando a importância do papel parental na promoção da saúde (Sanders & Buckner, 2006).

É na consulta de enfermagem, que temos oportunidade de proporcionar aos pais cuidados antecipatórios, procurando informá-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis da criança, bem como as medidas preventivas de acidentes ou doença face a esses comportamentos. Para isso, contribuiu grandemente o estágio realizado no CDC, ao aprofundar conhecimentos relativos ao desenvolvimento nas diferentes faixas etárias e desenvolver a capacidade de alerta para a detecção precoce de possíveis problemas de crescimento e desenvolvimento da criança, não aplicando exaustivamente a escala SGS II, mas tendo em conta alguns itens que foram sendo observados e/ou questionados aos pais.

Uma vez que me encontro na reta final do meu estágio, refiro-me novamente à comunicação como um instrumento básico do cuidado em enfermagem, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às necessidades básicas da criança e família. Como instrumento, a comunicação é uma das principais ferramentas do enfermeiro para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (Armelin, Wallau, Sarti & Pereira, 2005). Hoje, privilegio a comunicação e a relação com a criança e a família em qualquer consulta de enfermagem, mas nem sempre são fáceis de estabelecer. Como forma de ajudar na relação que se vai estabelecendo com a criança, a sala de enfermagem sofreu algumas modificações tornando-se mais acolhedora e favorecedora desta relação, ao ser criado um pequeno espaço onde se encontram jogos, brinquedos, livros, canetas, lápis e papel, bem como o esfigmomanómetro e o estetoscópio, para as crianças mais curiosas explorarem. Assim, aquando da avaliação da TA, o equipamento torna-se menos desconhecido e o procedimento é explicado utilizando uma linguagem simples e lúdica (boia para o braço, como na piscina; enche-se com a pera e vemos os números no relógio) apropriada à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança. No final de cada avaliação proporciona-se a experiência de ouvir os seus próprios batimentos cardíacos. As crianças manifestam satisfação e agrado em ouvir, sorrindo, verbalizando o som ouvido e solicitando, por vezes ouvir novamente. Toda esta relação e disponibilidade proporcionam um ambiente menos agressivo, mais acolhedor e tranquilo para a criança.

A comunicação escrita também é vantajosa, na medida em que proporciona uma leitura em outro contexto que não a instituição de saúde, interiorizar mais facilmente

a informação recebida e, por outro lado, o esclarecimento de dúvidas em contactos futuros. Assim, para além dos artigos enunciados, foi elaborado um folheto informativo - “O seu filho de 5 anos vai à vacina...” (Apêndice VIII) facultado aquando da consulta dos 4 anos, convocatórias da saúde escolar e sempre que se justifique. No folheto é dada ênfase à importância da vacinação e apresentadas algumas dicas, acerca do comportamento e das atitudes mais adequadas a adotar, antes, durante e após a vacinação, de modo a proporcionar o momento menos traumático. Deste modo, não se revelou pertinente o documento orientador para os profissionais de saúde relativamente à vacinação, uma vez que se considerou que o folheto se encontra explícito, não havendo necessidade de repetir informação.

Para as crianças, foi elaborado um pequeno livro (Apêndice IX) e planeada uma SES (Apêndice X) com recurso a um teatro de fantoches, intitulados “O Casaco Mágico”. Ambos desenvolvem o tema da vacinação: importância, definição e representação de uma possível intervenção de enfermagem. Lamento o facto de não ter sido possível a realização da SES, no decorrer do estágio, por uma questão de logística com o Jardim-de-Infância, mas acredito que logo que seja viável para ambas as partes se realize.

O livro, “O Casaco Mágico”, revelou-se ser um ótimo instrumento para a desmistificação da vacinação. Recordo a expressão de uma criança: “Mãe! Eu quero ter um casaco destes! Já tenho 5 anos! Posso ir contigo amanhã, à enfermeira?” Esta expressão denota bem o quanto as crianças acreditam no poder das palavras e aceitam o seu significado literal. A mãe referiu que a criança ficou entusiasmada com o facto de ficar com um “casaco mágico” que a protege das doenças. Referiu ainda que todos os dias a filha lhe pede para contar a história e que quando não pode, ela própria já a conta. Acredito que a elaboração do livro veio ao encontro do objetivo definido: desmistificar o “bicho papão” que são as vacinas.

Durante a administração de vacinas foram, na sua maioria, utilizadas as estratégias referidas nos documentos elaborados (verbalização de cores, contagem de algo, o soprar da vela,...). Numa situação particular, a criança desejava a realização de um jogo de que gostava muito: “Caricatura de...”. A criança dizia “- Caricatura de...” e depois poder-se-ia escolher caricatura de nomes, de cores, de animais. Dado que era algo que gostava de fazer, o jogo tornou-se favorável para a distração da criança

e familiares presentes. Num outro caso, foi solicitado à criança a contagem de carros visualizados através da janela, noutros casos recorreu-se a meios audiovisuais, colocando músicas infantis e/ou pequenos filmes de acesso livre, na internet.

As temáticas a abordar nos ensinamentos realizados na CSIJ e na vacinação passaram pelas necessidades e dúvidas demonstradas pelos pais, com o objetivo de dar resposta às suas carências e facilitar a sedimentação da informação transmitida. A prestação de cuidados não traumáticos é transversal a todos os cuidados e intervenções. E este é um aspeto importante quando entramos em salas de espera e gabinetes com ambiente agradável e adaptado às crianças. Ainda durante o estágio foram desenvolvidos esforços para uma nova ornamentação da sala de espera, do gabinete de vacinação e de saúde infantil, cujo projeto se concretizou no final, promovendo assim um ambiente físico agradável, tal como preconizado na teoria de Kolcaba.

2.4 Questões Éticas

Qualquer profissão tem inerentes questões éticas. O cuidar em enfermagem tem como principal objetivo o Homem, por isso torna-se tão exigente. Vieira (2009, p.8) refere que “é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um saber técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas”.

Durante séculos, a criança foi considerada um adulto em miniatura. Hoje é vista como um ser frágil, vulnerável e dependente, que requer atenção, maior solicitude e disponibilidade. No entanto, para isso é importante saber quem é o outro (a criança), quais as suas capacidades e limites de crescimento e como poder ajudá-lo a crescer, pois cuidar requer o respeito pelo outro, a partilha da sua dor, o alívio do seu sofrimento, confiança e exige tempo, o tempo do outro (Vieira, 2009).

Queirós (2001) defende que a competência ética exige ao enfermeiro a capacidade de confrontar os valores humanos universais face aos valores da criança e da família. O direito à vida é um direito fundamental, indispensável, irrenunciável e intransmissível, ou seja, a **dignidade humana** não pode ser violada por terceiros. A Convenção sobre os Direitos da Criança, Art.º 6 (p.7), relata que “os Estados Partes

reconhecem à criança o direito inerente à vida”. *O ser humano é um fim em si mesmo*, por isso, enquanto fim em si, não pode servir de meio ou de instrumento para outro fim que não ele próprio. Assim afirma-nos Kant (1988), citado por Vieira (2009 p.81), no seu imperativo categórico: “age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua como na pessoa do outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca meramente como meio”.

Por ser menor, reconhece-se na criança a sua **vulnerabilidade** e necessidade de cuidados especiais. De facto, na Convenção sobre os Direitos da Criança e citando a DDC (p.4), “a criança por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento”. O reconhecimento de uma necessidade especial de proteção aos menores está na base da criação de uma representação paternal, geralmente os pais. Aos detentores do poder paternal compete-lhes (ou a um representante legal) o dever de realizar tudo o que for possível e necessário para manter a saúde e a vida do menor, agindo em sua defesa. Como configura na Convenção supracitada, no Art.º 3 (p.6), ponto 1, “todas as decisões relativas a crianças (...) terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” e no ponto 2, “os Estados Partes comprometem-se a garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais, ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas”.

À noção de responsabilidade está subjacente o dever de informação e o direito ao **consentimento livre e esclarecido**. Este é um pilar na relação do enfermeiro com a criança/família, uma condição indispensável ao respeito pela autonomia, liberdade e dignidade da criança, no exercício de liberdade responsável. Para que o consentimento seja livre e esclarecido tem de ser voluntário, livre de coação e com base em informação adequada, correta, clara e compreensível, tal como exposto no CDE, Art.º 84, Dever de Informação (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Tal deve acontecer sempre que o enfermeiro efetuar algum tipo de intervenção de enfermagem (diagnóstico precoce, punção venosa, administração de terapêutica, vacinação, etc.). No caso da criança que não pode tomar decisões, compete aos

seus representantes legais expressar o seu consentimento, devendo este atender sempre ao interesse superior da criança.

O respeito pela dignidade humana implica o reconhecimento do direito à **liberdade** individual. Como diz o Art.º 12 da Convenção dos Direitos da Criança na alínea 1), “os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (p.10).

A **justiça** está sempre ligada à verdade. O enfermeiro tem que ser justo e verdadeiro com a criança/família, de modo a conseguir estabelecer uma relação de confiança. Como afirma Ferreira & Dias (2005, p.46) “justiça é, por conseguinte, aquele valor social pelo qual se reconhecem os direitos fundamentais dos outros, do mesmo modo como queremos ver os nossos direitos respeitados”.

Em todos os contextos da prática, fui diariamente confrontada com a necessidade de fazer escolhas morais e relevantes e agir com base nelas. Lidar diariamente com problemas éticos requer, de quem toma a decisão, sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtudes, informação e um profundo compromisso pessoal para fazer o que está certo (Vieira, 2009).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim deste percurso permitiu a mobilização de conhecimento da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal e a aquisição de competências como EESCJ. Foi um processo de aprendizagem longo, baseado na prática e na reflexão crítica. Os cuidados de enfermagem em pediatria têm-se vindo a transformar gradualmente ao longo dos tempos, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidados não traumáticos e cuidados centrados na família.

O desenvolvimento de cada criança é fruto de uma influência recíproca entre esta e o ambiente que a rodeia, de forma dinâmica. Uma das principais preocupações do EESCJ é que este processo seja harmonioso. O EESCJ aplica os seus saberes à criança/família para promover a saúde, prevenir a doença e, nas situações em que exista uma alteração do funcionamento familiar, ajudar os seus elementos a desenvolver competências para lidar com as mesmas. Nesta perspetiva, é impreterível o estabelecimento de uma parceria no cuidar, como refere o RCEEEESCJ: “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível” (p.1). Para que tal seja possível, o enfermeiro deverá investir na relação interpessoal, seja na equipa interdisciplinar seja a quem são prestados os cuidados.

Inevitavelmente emergiram mudanças pessoais e profissionais: encarar a díade criança/família como uma unidade indissociável na prestação de cuidados, em constante mudança, para manter o equilíbrio face às mais diversas situações; e identificar os fatores de risco e de vulnerabilidade que possam influenciar o desenvolvimento da criança, desenvolvendo intervenções de proteção e suporte ao seu desenvolvimento, tornando a família parceira no processo de cuidar mediante a aplicação de competências de comunicação, ensino e supervisão dos cuidados.

Ao longo deste percurso, foi possível a aquisição de competências de EESCJ, contudo, foi o contacto com realidades diferentes, da minha prática habitual, que enriqueceram os meus conhecimentos e permitiram uma visão mais abrangente do papel do EESCJ. O facto de exercer funções numa USF, em que a prestação de cuidados se direciona para a promoção e prevenção, uma das maiores dificuldades sentidas foi encarar a criança doente e prestar cuidados, por vezes muito específicos. Todavia, a proximidade com outras realidades levaram à pesquisa, investigação e partilha com outros profissionais, permitindo adquirir novos conhecimentos que possibilitaram melhorar a prestação de cuidados no dia-a-dia.

Ao longo do estágio planearam-se objetivos, estratégias e atividades que foram desenvolvidas, sustentadas pela evidência científica e pelas necessidades identificadas na prática e mediante a utilização de recursos, permitindo a aquisição e o desenvolvimento das competências de EESCJ preconizadas pela OE.

Na maioria dos estágios consegui atingir os objetivos a que me propus, no entanto, nem todas as atividades previstas para a USF foram desenvolvidas, pelas razões já apresentadas. Por outro lado, como ações a desenvolver proponho a realização de formação à equipa multidisciplinar sobre os cuidados não traumáticos. Um dos constrangimentos sentidos foi a realização de estágio em contexto de trabalho (USF), nem sempre foi fácil separar as atividades definidas para o estágio e as atividades inerentes à minha prática diária.

Na área da vacinação os grandes saltos na minha intervenção prendem-se com o conhecimento e com as estratégias agora adotadas. Um conhecimento mais consistente e elaborado na área dos cuidados não traumáticos permitiu que a relação com a criança/pais/família seja, atualmente, mais próxima e confiante, facilitada pela adoção de brincadeiras durante os procedimentos, esclarecimento das crianças/pais e criação de um ambiente mais confortável. Um ambiente que seja confortável para a criança, permite que o momento se torne menos traumatizante. Para isso, hoje, as consultas são realizadas num ambiente mais calmo, com músicas infantis adequadas ao seu desenvolvimento e atualizadas e com espaços para brincadeiras, procurando *estar com*. Por outro lado, o recurso a folhetos é feito de forma mais coerente, permitindo aos pais uma melhor compreensão da atitude e do comportamento a adotar.

A reflexão imbuída de análise crítica foi a metodologia subjacente à elaboração deste relatório, com a justificação científica sempre que possível de todas as atividades, de forma a obter, como resultado final das intervenções de enfermagem, o conforto da criança/família e assim, caminhar para um cuidar de excelência, com uma prática baseada na evidência.

É de salientar que, enquanto resultado sensível à enfermagem, o conforto permite-nos avaliar a qualidade e a eficácia dos cuidados de enfermagem e consequentes ganhos em saúde, o que se revela fundamental na valorização da nossa profissão. Assim, devemos ter "sensibilidade nas pontas dos dedos" e proporcionar intervenções de forma a minimizar o desconforto da criança e dos pais ou pessoas significativas. O enfermeiro especialista deve intervir de forma segura, eficaz e útil, prestando cuidados num ambiente que elimine ou minimize o sofrimento, quer de ordem biológica e/ou psíquica da criança/família.

A profissão de enfermagem permanece em constante mudança, e parte dos seus profissionais a vontade de fazer algo para a mudar. A constante atualização de conhecimentos, a pesquisa e investigação promovem a complementaridade dos cuidados.

Foram várias as experiências gratificantes nas três áreas. Na UCIN, a oportunidade de vivenciar um contexto tão particular em que os RNs, incapazes de verbalizar o seu desconforto, o expressam tão bem através do seu corpo. No SU realço a satisfação das crianças pelos desenhos e atividades que desenvolviam, quer na sala de espera, quer na UICD. No SM, saliento a relação que estabeleci com crianças e pais, nos vários locais do serviço (quarto, salas lúdicas, corredores, salas de tratamentos, refeitório). Por outro lado, a sessão sobre a vacinação, que inicialmente poderia parecer um tema que não traria muita informação nova, revelou-se um momento intenso de partilha de saberes e práticas com base na reflexão. No CDC saliento a aprendizagem na avaliação do desenvolvimento das crianças, interpretando e discutindo os resultados com a enfermeira especialista e com a educadora de ensino especial. Na USF deu-me prazer elaborar o livro, bem como os artigos para o boletim, recebendo elogios pela sua elaboração. É gratificante saber que são as pequenas intervenções que fazem a diferença no cuidar, proporcionando

um maior conforto e bem-estar da criança, da família e dos próprios profissionais de saúde.

Durante a realização deste relatório crítico e reflexivo, em especial no início, tive algumas dificuldades, especificamente na organização da descrição e análise crítica das atividades e experiências vivenciadas, quer em contexto de estágio ou de trabalho e, conseqüentemente, na fundamentação das competências desenvolvidas durante este percurso. Contudo, através de uma metodologia de trabalho adequada e empenho, ultrapassei esta dificuldade, pois considero que o presente relatório atingiu os objetivos previamente definidos. Este contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e para a consciencialização não só da importância da prática reflexiva, como também das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio e em contexto de trabalho. Considero que a sua realização constitui uma mais-valia neste processo de aprendizagem. Reconheço a importância da realização dos estágios, nos diferentes serviços, na aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados não traumáticos à criança/jovem.

No término do relatório, tenho a noção que o percurso realizado para a aquisição de competências não constitui o fim de um processo, pelo contrário, corresponde ao início de uma nova fase, tendo um acréscimo de responsabilidades inerentes ao enfermeiro especialista, onde a promoção da qualidade dos cuidados, no desenvolvimento profissional irá ser a meta. Assim sendo, ambiciono progredir no processo de desenvolvimento de competências, certificando a qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma prestação diferenciada e adequada às necessidades específicas da pessoa, suportada por um nível de conhecimentos mais profundo, e por uma prática reflexiva baseada na mais recente evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In Hochenberry, M. Wilson, D. & Winkelstein, M. *Wong - Fundamentos e de enfermagem pediátrica* (pp. 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alves, A. M. A., Santos, I. M. M., Porto, F., Figueiredo, N. M. A. (2003). Cuidados para o recém-nascido enfermo. In Figueiredo, N. M. A. (4ª ed.) *Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido* (pp. 381-412). São Paulo: Difusão enfermagem.
- Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A. & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 15(2). 45-54.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista referência*. II Série 9. 61-67.
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Batalha, L. M. C. (2003). Os enfermeiros e a dor na criança - Um contributo para avaliar saberes e práticas. *Associação Portuguesa para o estudo da dor*. 11(1). 5-40.
- Batalha, L. M. C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série 2. 73-80.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skill II. Manual técnico*. London: NFER Nelson Publishing Company Ltd.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: CEGOC.
- Benito, F. J. (1996). Urgências de pediatria: buscando una atención más especializada. *Anales Españoles de Pediatría*. 44. 312-316.

- Bowden, V. & Greenberg, G. C. (2005). *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brazelton, T. B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce* (3ª ed.). Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2006). O acolhimento e a hospitalização da criança pequena. In Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 33-34). Lisboa: IAC.
- Brown, L. T. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol II). (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa* 1(37). 1-4.
- Carreiras, M. (2000). A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. *Análise Psicológica*. 3. 277-280.
- Cavaco, A. (2006). A presença dos pais num serviço de pediatria - uma opção? Uma obrigação? Que comunicação interpares? In Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 56). Lisboa: IAC.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido a 23-03-2013. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*. 10(4), 326-336. Acedido a 29-12-2013. Disponível em <http://www.tara.tcd.ie/bitstream/2262/49392/1/JCHC%20Children's%20experiences%20of%20hospitalisation.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República I série, N.º 38 (22-02-2008) 1182-1189.

- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República I Série A, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 281 de 6 de outubro (2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Diário da República I Série, N.º 193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho (2010). Diário da República II série, N.º 112 (11-06-2010) 32123.
- Despacho Conjunto n.º 891 de 19 de outubro (1999). Intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento. Diário da República II Série, N.º 244 (19-10-1999) 15566-15568.
- Diogo, P. (2001). Uma orientação para cuidar...a criança. *Enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros*. 2. 9-12.
- Direção Geral de Saúde (2013) - Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 15-07-2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>.
- Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In Boyle, M. K., Thornton, J. L. (Eds.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (pp.481-495). Loures: Lusociência.
- Faria, P. C. S. H. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Especialidade de Psicologia da Saúde. Apresentada na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ferreira, L. (2010). De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”? Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>.
- Ferreira, F. & Albuquerque, I. (1998). Acolhimento: alguns aspetos a realçar na comunicação com as crianças e pais. *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. 1(2). 18-19.
- Ferreira, M. & Dias, O. M. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

- Frota, A. M., Gurgel, A. A., Pinheiro, D. C. M., Martins, C. M. & Tavares, R. N. A. T. (2007). O Lúdico como instrumento facilitador da humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Cogitare Enfermagem*. 12(1). 69-75.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach* (2nd ed.). London: Mayfield Publishing.
- Grupo Português de Triage. *Triage de Prioridades na Urgência Sistema de Manchester*. Acedido a 02-11-2013. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triage-Manchester>.
- Harrison, T. M. (2005). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.
- Hockenberry, J. M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol I). (pp. 122-187). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Hockenberry, J. M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol I). (pp. 1-20). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Instituto de Apoio à Criança (IAC)/Humanização dos serviços de atendimento à criança (2009). Anotações - Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada. Acedida a 31-12-2013. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 188-239. Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Johnston, C. C., Fillion, F., Snider, L., Majnemer, A., Limperopoulos, C., Walker, C. D., et al. (2002). Routine Sucrose Analgesia During The First Week of Life in

- Neonates Younger than 31 Week's Postconceptional Age. *Pediatrics*. 110(3), 523-528.
- Jorge, A. M. (2004). *A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19. 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49(2).86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). *Middle range theories: application to nursing research* (pp.193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3). 187-194.
- Linhares, M. M. B. & Doca, F, N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em psicologia*. 18(2). 307-325.
- Mancia, J., Cabral, L. & Koerich, M. (2004). Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(5). 605-610.
- Marçal, T. (2006). A criança e o espaço nos serviços de saúde. In Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 16-19). Lisboa: IAC.
- Megel, M. E., Heser, R. & Matthews (2002). Parents' assistance to children having immunizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 25. 151-165.
- Ministério da Saúde (2007). Proposta de requalificação das urgências – Esclarecimentos adicionais. Comunicado N.º1. Acedido a 01-11-2013. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/31F11DDF-509C-43D2-8255-B36C85408015/0/CTAPRUcomunicado012007.pdf>.
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Miron, J. (1990). What children think about hospitals. *The Canadian nurse*. 23-25.

- Monroe, A. R. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol I). (pp. 622-644). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Nabais, A. J. S. A. (2005). Como organizamos o mundo da criança. *Pensar em Enfermagem*. 9(2). 68-71.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Acedido a 19/01/2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar, competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (Conselho de Enfermagem, Outubro de 2003). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 19-01-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 2-10-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem. Acedido a 2-10-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>.

- Pedro I. C. S., Nascimento, L. C., Poleti, L. C., Lima, R. A. G., Mello, D. F., & Luiz F. M. R. (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-am Enfermagem*. 15(2).
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Regulamento Interno (24-04-2008). Acessível na USF Villa Longa, Vila Franca de Xira, Portugal
- Ribeiro, L., Busnello, J., Quevedo, J. & Kapczinski, F. (2001). Ansiedade aguda. In Kapczinski, F., Quevedo, J., Schmitt, R., Chachamovich, E. *Emergências Psiquiátricas*. (pp. 166-176). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro P. J., Sabatés, A. L. & Ribeiro, C. A. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 35(4). 420-428.
- Roberts, C. M. & Steele, G. R. (2009). *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford Press.
- Rodrigues, V. (2005). Educar para a saúde: Uma estratégia de promoção da saúde. *Revista Sinais Vitais*. 59.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol II). (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Sanders, L. & Buckner, E. (2006). The newborn behavioral observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: feasibility and desirability. *Pediatric Nursing*. 32(5). 456-459.
- Santos, L. M. C. N., Borba, R. L. & Sabatés, A. L. A. (2000). Importância do preparo da criança pré-escolar para injeção intramuscular com uso do brinquedo. *Ata Paulista de Enfermagem*. 13 (2). 52-58. Acedido a 26-05-2013. Disponível em <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=13&numero=2>.
- Serafim, S. & Duarte, S. (2005). Internamento em neonatologia: relação de ajuda. *Revista Nursing*. 16(198). 23-28.

- Shaw, S. & Lamdin, R. (2011). Nurses have an ethical imperative to minimise procedural pain. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 17(7). 12-14.
- Taddio, A., Appleton, M., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A. *et al.* (2010). HELPinKIDS eliminate pain. Clinical practice guideline for pain management during childhood immunizations. Technical Report. Canadian Institutes of Health Research.
- Vandenberg, K. (2007). Individualized developmental care for high risk newborns in the nicu: A practice guideline. *Early Human Development*. 83(7). 433-442.
- Varni, J. W., Blount, R. L., Waldron, S. A. & Smith, A. J. (1995). Management of pain and distress. In M. C. Roberts. *Handbook of paediatric psychology* (2^a ed.) (pp. 105-123). New York: Guilford.
- Vieira, A. R. S. (2011). Vinculação mãe/recém-nascido prematuro – Importância do seu estabelecimento precoce. *Revista Sinais Vitais*. 98. 47-51.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. (2^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Vieira, M., Carriço, P. (2003). O ambiente das UCI-RN e a sua influência no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. *Sinais Vitais*. 47. 49-52.
- Wilson, D. & Askin, D. F. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9^aed.) (Vol I). (pp. 331-411. Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Yoo, H., Kim, S., Hur, H. & Kim, H. (2011). The effects of an animation distraction intervention on pain response of preschool children during venipuncture. *Applied Nursing Research*. 24. 94-100.

APÊNDICES

Apêndice I – Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto

ESTRUTURA TAXONÓMICA DA TEORIA DO CONFORTO

Katharine Kolcaba

O conforto é um conceito que tem sido identificado como parte integrante dos cuidados de enfermagem. O conceito de conforto em conjunção com o de cuidar permite descrever o papel da enfermagem e como os pacientes percebem a interação com a equipa de enfermagem. Na medida em que a criança/família pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção para maximizar o conforto. O conceito de conforto é essencial na prática de enfermagem, principalmente face à evolução atual de um cuidado centrado na promoção de saúde e visão holística do indivíduo (Kolcaba, 2010).

Ao interligar os três estados de conceito com os quatro contextos, obtém-se a estrutura taxonómica do conforto. A estrutura taxonómica avalia as necessidades de conforto, com o intuito de obter uma prática de excelência. De seguida encontra-se a operacionalização da Teoria do Conforto que pretende demonstrar quais as necessidades de conforto que crianças e pais/familiares, de uma forma geral, vivenciam em todos os contextos (Tabela 1).

Tabela 1. Estrutura taxonómica abrangendo os diferentes contextos do estágio, de acordo com Kolcaba (2003).

Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade*	Transcendência*
Físico	-Alteração de parâmetros vitais (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca e respiratória e Saturação de oxigénio) -Expressão facial e agitação motora -Lesão corporal -Dor	-Posicionamento -Relaxamento -Distração	-Toque -Carinho -Palavras de encorajamento
Psicoespiritual	-Ansiedade -Medo dos procedimentos -Medo de ficar só -Medo do diagnóstico/prognóstico, expressado pelos pais	-Incerteza -Desconhecimento -Envolvência nos cuidados	-Apoio na relação espiritual e de confiança por parte da equipa de saúde
Ambiental	-Ruído -Temperatura -Espaço físico da instituição	-Espaços lúdicos -Privacidade	-Necessidade de um ambiente calmo e privado
Sociocultural	-Ausência dos pais ou pessoas significativas pelas suas crenças e valores, ou por outros motivos (trabalho, distância)	-Linguagem e comunicação adequadas	-Necessidade de apoio dos pais ou pessoa significativa

*Não se aplica em RN, uma vez que não possui capacidades para definir o tipo de conforto experimentado. Apenas conseguimos perceber, através de sinais, se o desconforto foi aliviado.

Apêndice I

De acordo com as três categorias de intervenções em enfermagem foi elaborada a tabela 2 que apresenta os procedimentos/attitudes/condições que favorecem o restabelecimento do conforto de crianças e familiares.

Tabela 2: Aplicação da Teoria do Conforto aos diferentes contextos do estágio (desenho de necessidades, intervenções, variáveis, conforto e comportamentos de procura de saúde).

Necessidades de Cuidados de Saúde	Intervenções de Enfermagem	Variáveis de Intervenção	Conforto	Comportamentos de procura de saúde
Desconfortos apresentados na estrutura taxonómica	<u>Intervenções técnicas:</u> -Otimizar o posicionamento do RN/criança/família, tendo em conta a contenção e o contato físico; -Uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como EMLA®, solução doce, sucção não-nutritiva e amamentação, no caso dos RN; -Manter a temperatura corporal; -Controlar a luminosidade e o ruído em todos os contextos, com especial enfoque, no caso dos serviços de internamento, proporcionando um ambiente o mais calmo possível e tranquilizador. Nos momentos de repouso um ambiente mais escurecido e silencioso; -Proporcionar um ambiente agradável, calmo, sereno, familiar, e lúdico, recorrendo à distração, ao relaxamento, à execução de jogos e música.	Diagnóstico e ou prognóstico do RN ou da criança Tipo de família e cultura; exercício do papel parental.	Ausência de desconforto e satisfação das necessidades de conforto da criança e da família.	Recurso a diversas estratégias para o alívio do desconforto promovendo o bem-estar das crianças e das famílias.
	<u>Intervenções de coaching:</u> -Estabelecer com os pais/criança uma relação de confiança, de afeto, através da convivência diária; -Apoiar e ouvir a criança/família acerca das suas preocupações, ansiedades e angústias face à instituição de saúde, hospitalização e prestação de cuidados; -Instruir os pais sobre a melhor atitude e comportamento a adotar durante todo o processo de saúde/doença; -Instruir os pais acerca de intervenções não farmacológicas			

Apêndice I

	promotoras de bem-estar e conforto; -Envolver os pais e/ou familiares na prestação de cuidados; -Proporcionar privacidade à criança/família durante todo o processo de cuidados.			
	<u>Intervenções de alimento para a alma:</u> -Promover a presença dos pais ou pessoa significativa, junto das crianças, tendo em conta o respeito pelas suas crenças e valores; -Promover suporte psicoespiritual aos pais.			

A Teoria do Conforto de Kolcaba veio ajudar a uma melhor compreensão da problemática, ao mencionar o conceito de conforto de forma holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In *The comfort line*. Acedido a 13-03-2013. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/>.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). *Middle range theories: application to nursing research* (pp.193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Apêndice II – Cronograma dos locais de estágios

Cronograma dos Locais de Estágio																			
Ano Civil		2013												2014					
Meses	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª		13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Dias	30 04	7 11	14 18	21 25	28 01	04 08	11 15	18 22	25 29	02 06	09 13	16 19	20 03	06 10	13 17	20 24	27 31	03 07	10 14
	Férias Escola												Férias Natal						

Legenda:

- Hospital Vila Franca de Xira - Serviço de Neonatologia
- Hospital Vila Franca de Xira - Serviço de Urgência
- Hospital Pediátrico de Coimbra - Serviço de Medicina Pediátrica
- Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro de Desenvolvimento da Criança
- ACES Estuário do Tejo - Unidade Saúde Familiar Villa Longa

Apêndice III – O Dossiê da Diversão

Apêndice III



Hospital
Vila Franca de Xira

Serviço de Urgência Pediátrica

O Tiago acordou com dor de barriga. A mãe decidiu levá-lo ao hospital.

Ajuda o Tiago e a mãe a chegarem ao hospital.



Hospital
Vila Franca de Xira

Serviço de Urgência Pediátrica

O Tiago acordou com dor de barriga. A mãe decidiu levá-lo ao hospital.

Quando chegou ao hospital, não sabia o caminho para ir ter com o médico. Ajuda o Tiago a chegar ao médico.



Hospital
Vila Franca de Xira


Serviço de Urgência Pediátrica

O Tiago tem dor de barriga!

Hoje, o Tiago,  acordou com dor de barriga.

A mãe levou-o ao hospital, ao serviço de urgência.



Quando chegou, a  perguntou-lhe o que tinha.

O Tiago respondeu: - Dói-me a barriga!...Ai,...Aaaiiii!!!



De seguida foi visto pelo  que deu indicação para colocar soro.

O Tiago ficou com algum medo, mas sabia que a sua dor iria melhorar. Foi de novo à enfermeira que através de um "truque surpresa" lhe colocou o soro sem doer. O Tiago foi para a cama muito contente, pintou o desenho que a enfermeira lhe deu. Mais tarde disse: - Mãe, já me sinto melhor!



Apêndice III



Descobre as palavras relacionadas com o hospital.

A	I	C	T	L	O	S	W	Q	O	P	T
P	A	T	A	O	S	W	O	L	F	V	N
H	G	L	T	V	B	S	H	I	I	I	I
C	U	I	D	N	Q	U	T	C	V	H	T
L	L	I	G	M	C	P	C	V	H	T	R
V	H	C	J	H	O	C	R	I	O	A	M
M	A	R	C	R	I	P	C	W	S	E	T
A	A	I	O	D	O	T	Q	P	V	I	
Q	C	A	L	H	I	D	R	V	I	M	R
Y	F	P	I	S	I	V	B	I	I	L	A
T	J	L	I	I	D	C	S	A	C	I	
D	M	F	D	I	C	O	C	P	L	T	U
G	U	D	H	C	R	C	B	D	I	I	
C	D	I	P	I	H	S	H	I	I	G	P
C	C	S	T	R	I	N	G	A	A	H	D

Médico
Enfermeira
Hospital
Aerossol
Xarope
Seringa
Agulha



Pinta os desenhos a teu gosto.



A Joana tem dificuldade em respirar e a mãe levou-a ao médico. Descobre as sete diferenças. Boa diversão!



Pinta o desenho a teu gosto.

Este é um jogo de palavras cruzadas. O objetivo é encontrar as palavras relacionadas com o hospital. As palavras podem ser encontradas na tabela de letras.



O João andava a brincar com o seu urso no jardim. De repente, o João ouviu alguém a chorar. Era o seu urso. Ele tinha caído e doía-lhe as patas. O João pediu à mãe e levou-o ao hospital dos brinquedos.

Pinta o desenho a teu gosto.



O João foi ao médico. Esteve no hospital durante dois dias. Hoje teve alta e vai para casa. Repara como o está feliz, acompanhado pelo Dr. David e pela enfermeira Matilde. O João gostou muito das brincadeiras da enfermeira! Agora o João junto do Dr. e da Enfermeira aguardam pelos seus pais que foram buscar o carro.



Pinta o desenho a teu gosto.

Apêndice III



Esta é uma das enfermeiras brincalhonas do hospital.
O seu nome é Matilde.

Pinta o desenho!



Diverte-te a pintar o Winnie Pooh.



O Faísca é um carro muito rápido. Pinta a teu gosto.



Pinta o Ruca e a sua irmã Rosa.



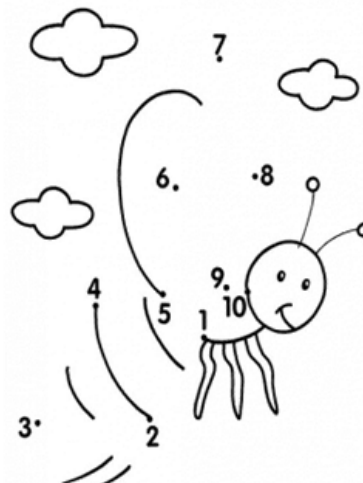
Apêndice III



Pinta o desenho do Homem-aranha a teu gosto. Boa diversão!



Liga os pontos, descobre o animal e pinta a teu gosto.



Liga os pontos e de seguida pinta o desenho a teu gosto!



Apêndice IV — Plano da Sessão de Formação aos Profissionais de Saúde
Programa Nacional de Vacinação

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório

Plano da sessão de formação aos profissionais de saúde

Programa Nacional de Vacinação



Coimbra
Dezembro de 2013

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório

Saúde da Criança

Programa Nacional de Vacinação

Discente:

Catarina Isabel Nobre Maleita

Orientadora:

Graça Fernandes

Docente:

Maria Manuela Soveral

Coimbra

Dezembro de 2013

LISTA DE SIGLAS

BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i> ou vacina contra a tuberculose
DGS	Direção Geral da Saúde
EMLA®	Eutetic Mixture of Local Anesthetics
Hib	Vacina <i>Haemophilus</i> de Infância do tipo B
HPC	Hospital Pediátrico de Coimbra
MenC	Vacina contra as doenças provocadas pela <i>Neisseria meningitidis</i> serotipo C
Pa	Vacina Pertussis acelular
PNV	Programa Nacional de Vacinação
VIP	Vacina anti Poliomielite
T	Vacina do Tétano
VASPR	Vacina anti Sarampo, Parotidite e Rubéola
VHA	Vacina da Hepatite A
VHB	Vacina da Hepatite B
HPV	Vacina contra o Vírus do Papiloma Humano
OE	Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	5
1. SAÚDE DA CRIANÇA – PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO	6
1.1. Planeamento da Sessão de Formação para Profissionais de Saúde	9
1.2. Avaliação da sessão	10
NOTA FINAL	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
APÊNDICES	
Apêndice I – Poster de divulgação da sessão	
Apêndice II – Apresentação em PowerPoint	
Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Avaliação do desenvolvimento da ação de formação tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5)
- Gráfico 2.** Avaliação da intervenção do formador no desenvolvimento da ação de formação tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5)
- Gráfico 3.** Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos como resultado da ação de formação, tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5)

NOTA INTRODUTÓRIA

A ação de formação para os profissionais de saúde intitulada “Saúde da Criança – Programa Nacional de Vacinação” surgiu no âmbito do estágio no Serviço de Medicina. Este estágio decorreu no período de 20 de novembro a 12 de dezembro de 2013, enquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Perante a multiplicidade de situações clínicas das crianças, em que muitas delas permanecem hospitalizadas por longos períodos de tempo, no primeiro ano de vida, torna-se essencial promover a saúde e o seu bem-estar. Uma das ações a ter em consideração é o cumprimento do PNV, tão pertinente no primeiro ano de vida e ao longo da mesma. Assim, este tema surgiu da necessidade que a equipa de enfermagem sente relativamente a um conhecimento mais profundo do PNV.

1. SAÚDE DA CRIANÇA – PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Em Portugal, administram-se vacinas desde o início do século XIX, designadamente a vacina antivariólica. Mas, foi só apenas a partir de 1965, com a criação do PNV que os ganhos em saúde foram sendo significativos, representando uma expressiva redução da morbilidade e da mortalidade causada por doenças infecciosas alvo de vacinação. Este programa é universal, gratuito e acessível a todos os residentes em Portugal, sendo da responsabilidade do Ministério da Saúde (Valente, 2012).

O mais recente PNV foi aprovado pelo Despacho n.º 17067/2011 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, datado de 7 de dezembro de 2011 e publicado em Diário da República, 2ª série – Nº 243 – de 21 de dezembro de 2011, tendo entrado em vigor a 1 de janeiro de 2012 e substituindo o PNV de 2006.

De acordo com o PNV, a vacinação permite "salvar vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico" (DGS, 2012, p.5). A vacinação além de conferir uma proteção individual, também concede benefícios para toda a comunidade, ou seja, uma imunidade de grupo. Isto é, quanto maior a proporção de pessoas vacinadas menor é a circulação do microorganismo causador da doença, com proteção indireta das pessoas não vacinadas. Este tipo de imunidade confere proteção, por exemplo às crianças que ainda não possuem a idade aconselhada para a realização da vacinação, ao permitir a interrupção das vias de transmissão da doença (Dias, 2000, citado por Loureiro, 2004).

Atualmente o PNV inclui vacinas contra dez doenças: tuberculose (BCG), hepatite B (VHB), poliomielite (VIP), tétano (T), sarampo, parotidite e rubéola (VASPR), tosse convulsa (Pa), infeções por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e a meningite C (MenC). As vacinas são classificadas em vacinas vivas/atenuadas e vacinas mortas/inativadas. As primeiras englobam as vacinas da BCG e a VASPR, uma vez que o microrganismo obtido para a constituição da vacina parte de um indivíduo ou animal infetado. Assim, estas vacinas podem induzir sintomas característicos da doença.

As vacinas mortas/inativadas correspondem às restantes. Nas vacinas inativadas os microrganismos são mortos por agentes químicos. A grande vantagem das vacinas inativadas é a total ausência de poder infeccioso do agente (incapacidade de se multiplicar no organismo vacinado), mantendo as suas características imunológicas. Ou seja, estas vacinas não provocam a doença, mas têm a capacidade de induzir proteção. Contudo, são vacinas que requerem, por vezes, a associação de adjuvantes ou proteínas transportadoras e por outro lado, a necessidade de administração de doses de reforço. Dentro deste grupo podemos subdividir ainda em vacinas inteiras nas quais se utiliza a totalidade do vírus ou bactérias (VHA, VIP e Pa); vacinas que contêm apenas pequenas frações ou porções de vírus ou bactérias, denominando-se de vacinas fragmentadas (MenC, Hib - conjugadas e a Td - toxóide); e as novas vacinas desenvolvidas por recombinação genética, como é o caso da VHB e da HPV (Migowski, 2012).

Apesar do impacto positivo da vacinação na prevenção de doenças graves, este é um dos procedimentos mais dolorosos e habituais no contexto pediátrico (DeMore & Cohen, 2005). A dor processual é reconhecida, mas os profissionais tendem a dar-lhe pouca importância. Apesar de ser considerada aguda, há evidências de que esta dor pode influenciar a forma como as crianças sentem e vivenciam dores futuras (Shaw & Lamdin, 2011).

A administração de vacinas em crianças pode tornar-se, dessa forma, num procedimento traumatizante. Assim, é de extrema importância que as intervenções de enfermagem sejam não traumáticas e adequadas a cada criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, pais, família e mesmo comunidade onde se encontra inserida. A comunicação adequada, associada ao conhecimento e caracterização do estágio de desenvolvimento das crianças, é fundamental.

O enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem, de acordo com a OE, “faz a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas” (OE, 2010, p.4) e, para isso, deve garantir a gestão das medidas farmacológicas de combate à dor, e sobretudo aplicar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, promovendo o conforto (OE, 2010). Assim, perante a administração da vacina dever-se-á ter em consideração alguns aspetos. O tamanho da agulha: segundo Zuckerman (2000)

citado por Wilson (2014), nas administrações de injeções no músculo mais profundo observam-se menos reações à dor, uma vez que apesar do músculo mais profundo ser mais irrigado possui menos terminações nervosas. Outro aspeto, a ter em consideração como cuidado não traumático, é a aplicação de analgésico tópico EMLA® no local da injeção pelo menos uma hora antes da mesma ou de *spray* de vapor frio (cloreto de etilo) diretamente na pele ou com um algodão, durante 15 segundos e imediatamente antes da injeção (Reis e Holubkov, 1997, citado por Wilson, 2014).

No estudo realizado por Yoo, Kim, Hur & Kim (2011) a distração revelou-se ser outra intervenção de enfermagem excelente, simples e fácil na redução da perturbação comportamental clínica. Poderá haver um sem fim de estratégias distrativas passíveis de serem utilizadas, mas o enfermeiro deve estar ciente de que a distração a utilizar deve ter em conta a fase de desenvolvimento e as preferências da criança, para que esta resulte. Brinquedos, canções e músicas poderão ser estratégias utilizadas para lactentes; para crianças até aos 2 anos de idade poder-se-á utilizar as estratégias anteriores podendo de algum modo ainda utilizar bolas de sabão, livros com sons e jogos; a distração cognitiva (diálogo acerca de um filme, da escola, jogos, música, vídeos, imaginação guiada, técnicas respiratórias, brincadeiras) e a imaginação de um “super-herói” que tira a dor são exemplos de estratégias que poderão ser utilizadas com crianças dos 3 aos 6 anos de idade (Batalha, 2010).

Apesar de se valorizar uma prestação de cuidados o menos traumática possível, o certo é que muitos dos cuidados prestados são sentidos pela criança como traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores. Mesmo que ela seja capaz de colaborar num procedimento, a preparação é sempre fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação (Ribeiro, Sabatés & Ribeiro, 2001). O cuidado de enfermagem deve ter em conta o bem-estar da criança/família, com base nos cuidados em parceria, centrados na família e não traumáticos. O sucesso de um procedimento doloroso, como a vacinação, depende em grande parte da construção de bons relacionamentos e parcerias práticas com os pais/cuidadores. Ou seja, a imunização na criança requer a cooperação com os pais, habilidades de comunicação e relacionamento (Figueiredo, Pina, Tonete, Lima & Mello, 2011).

1.1. Planeamento da Sessão de Formação para Profissionais de Saúde

Tema: “Saúde da Criança – Programa Nacional de Vacinação”

Grupo a que se destina: Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina (piso 3) (Apêndice I).

Local: Sala de reuniões do Serviço de Medicina.

Data e hora: 08 de janeiro de 2014 das 14 às 15 horas.

Objetivos:

- Atualizar conteúdos do Programa Nacional de Vacinação 2012;
- Sensibilizar a equipa para a adoção de cuidados não traumáticos a quando da administração de vacinas.

Preletora: Catarina Maleita – Mestranda em enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a estagiar no Serviço de Medicina.

Meios auxiliares de ensino: Computador e retroprojektor.

Apresentação em PowerPoint (Apêndice II):

Conteúdos	Método/ Técnica	Tempo
INTRODUÇÃO -Apresentação do tema e sua importância; -Apresentação da preletora.	Expositivo	5 minutos
DESENVOLVIMENTO Vacinação -Definição de vacina/antigénio; -Diferentes tipos de imunidade; -Diferentes tipos de vacinas. Programa Nacional de Vacinação -Breve introdução; -Apresentação pormenorizada das vacinas: tipo de vacinas, idade de administração, dose, via, local anatómico de administração e contraindicações; -Apresentação do esquema de vacinação recomendado;	Expositivo Interativo	40 minutos

<p>Apresentação do esquema cronológico de recurso (antes dos 7 anos e dos 7 aos 18 anos);</p> <p>-Algumas particularidades dos locais anatómicos de administração, intervalos entre a administração e vacinas diferentes;</p> <p>-Indicação das falsas contraindicações;</p> <p>-Enumeração de possíveis reações secundárias;</p> <p>-Síntese.</p> <p>Vacinação e as crianças</p> <p>-Ideias chave;</p> <p>-Cuidados não traumáticos.</p>		
<p>CONCLUSÃO</p> <p>- Breve síntese da sessão;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas.</p>	Exposição com diálogo	10 minutos
<p>AValiação da Sessão</p> <p>-Preenchimento do questionário para avaliação da sessão.</p>	Inquérito escrito	5 minutos

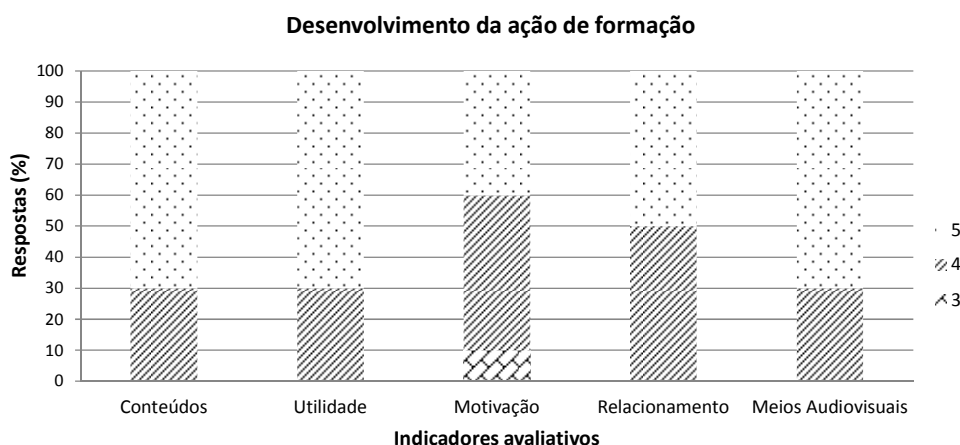
1.2. Avaliação da sessão

A avaliação constitui um momento de grande importância, dado que permite corrigir ou melhorar comportamentos e técnicas de formação e obter um maior sucesso em situações posteriores. Tendo a formação decorrido de acordo com o planeado, são apresentados de seguida os indicadores propostos.

Na sessão, estiveram presentes 10 enfermeiros da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina, entre os quais a enfermeira chefe, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pela formação em serviço do SM. Após a sessão e o esclarecimento de dúvidas foi solicitado o preenchimento do documento avaliativo (Apêndice III), com o objetivo de avaliar a sessão em si, a minha intervenção e os conhecimentos adquiridos.

A maioria dos participantes considerou os objetivos muito claros (80%), talvez por serem simples, exequíveis e dirigidos. Os conteúdos e sua utilidade situam-se igualmente, na sua maioria, no nível 5, totalmente adequados e aplicáveis (70%). 70% dos inquiridos consideraram os meios audiovisuais totalmente adequados (Gráfico 1).

Gráfico 1. Avaliação do desenvolvimento da ação de formação tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5).

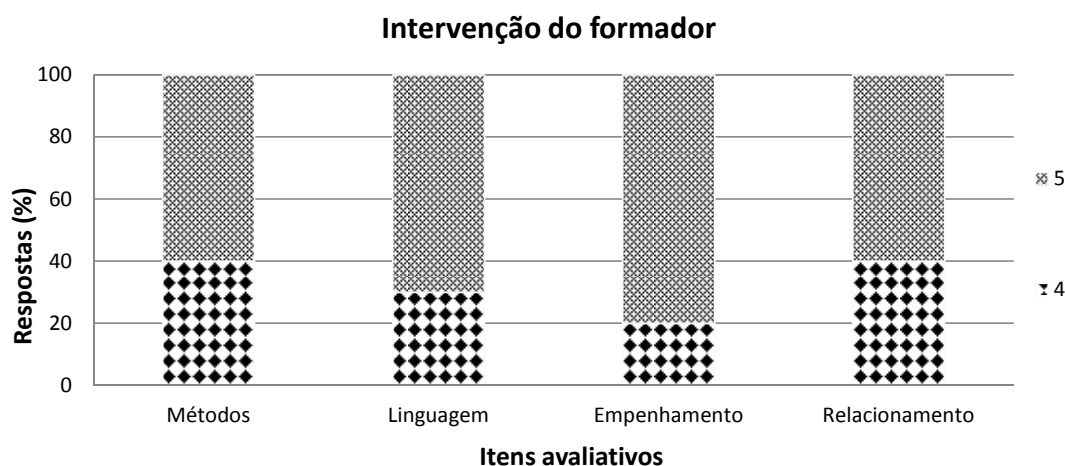


No que diz respeito à motivação dos participantes para a sessão, os resultados apresentam-se um pouco dispersos; 10% no nível 3, 50% no nível 4, e 40% no nível 5 (Gráfico 1).

Relativamente à intervenção do formador, as percentagens máximas encontram-se no nível 5. Quanto ao item “relacionamento” será necessário adotar uma atitude de escuta ativa, proporcionando uma relação mais aberta com os participantes, uma vez que ainda 40% dos inquiridos utilizam uma classificação de nível 4. Relativamente ao método utilizado, do tipo expositivo/interativo, provavelmente não foi proporcionada, de modo eficaz aos ouvintes, a componente interativa, daí que a percentagem se encontre dividida entre os níveis 4 (40%) e 5 (60%) (Gráfico 2).

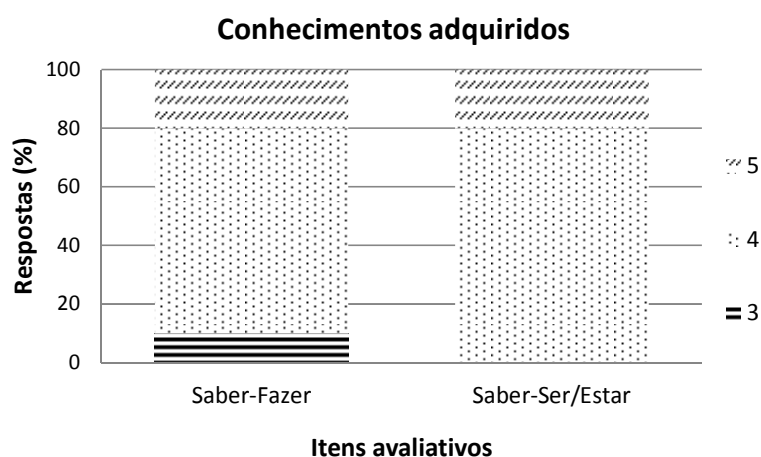
Os restantes itens foram considerados de nível 5 com percentagens superiores a 70% (domínio do assunto, linguagem e empenhamento) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Avaliação da intervenção do formador no desenvolvimento da ação de formação tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5).



Quanto à avaliação que os formandos fizeram relativamente aos conhecimentos adquiridos verifica-se que as maiores percentagens se localizam no nível 4 (80%, 70%, 80%). 10% dos inquiridos consideraram o nível 3 para o Saber-Fazer, compreensível na medida em que a prática o permite desenvolver e aperfeiçoar (Gráfico 3).

Gráfico 3. Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos como resultado da ação de formação, tendo por base uma escala avaliativa com cinco níveis (1 a 5).



Perante os resultados obtidos poder-se-á considerar a sessão muito positiva. De referir ainda que, nenhum dos inquiridos preencheu o campo referente às sugestões ou críticas.

NOTA FINAL

O PNV constitui uma das formas mais eficazes e eficientes de medicina preventiva e muitos milhares de pessoas estão vivas e de boa saúde graças às vacinas e aos profissionais de saúde. A equipa e todos os profissionais de saúde veem as vacinas como uma mais-valia para a saúde das crianças e da população em geral. Este foi o fator determinante para o planeamento da atividade.

Neste contexto, a formação em serviço constitui uma intervenção ideal para a promoção da mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos para uma prática de cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. M. C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série 2. 73-80.

DeMore, M. & Cohen, L. (2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal of Clinical Psychological and Medical Settings*. 12(4). 281-291.

Despacho n.º 17067/2011 de 21 de dezembro (2011). Aprova o esquema de vacinação universal recomendado do Programa Nacional de Vacinação 2012. Diário da República II série, N.º 243 (21-12-2011) 49511.

Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Vacinação 2012: Norma da Direção Geral da Saúde n.º 040/2011 de 29-12-2011. Ministério da Saúde.

Figueiredo, G. L. A., Pina, J. C., Tonete, V. L. P., Lima, R. A. G. & Mello, D. F. (2011). Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3). 1-8. Acedido a 26-05-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf.

Loureiro, H. (2004). Eficácia da vacinação: elementos essenciais na prática de enfermagem. *Revista Referência*. 12. 62-72.

Migowski, E. (2012). Aspectos Práticos em Vacinação. In 21º Encontro de Pediatria: Prevenção em Pediatria - Novos conhecimentos, atitudes e práticas, Coimbra, 15-17 de fevereiro de 2012.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 19-01-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ribeiro P. J., Sabatés, A. L. & Ribeiro, C. A. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 35(4). 420-8.

Shaw, S. & Lamdin, R. (2011). Nurses have an ethical imperative to minimise procedural pain. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 17(7). 12-14.

Valente, P. (2012). História da Vacinação e PNV. In 21º Encontro de Pediatria: Prevenção em Pediatria - Novos conhecimentos, atitudes e práticas, Coimbra, 15-17 de fevereiro de 2012.

Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 491-552). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).

Yoo, H., Kim, S., Hur, H. & Kim, H. (2011). The effects of an animation distraction intervention on pain response of preschool children during venipuncture. *Applied Nursing Research*. 24. 94-100.

Apêndice I – Poster de divulgação da sessão



Sessão de Formação para Profissionais de Saúde

A vacinação permite “salvar vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”.

(DGS, 2012, p. 5)

Formadora:

Catarina Maleita – Mestranda em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Formandos:

Equipa de Enfermagem do
Serviço de Medicina

Data: 08 de janeiro de 2014

Hora: 14 – 15h

Local: Sala de reuniões do Serviço de Medicina





Elaborado por:
Catarina Maleita
Mestranda em enfermagem na área de especialização de
enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Janeiro de 2014

Objetivos

- Atualizar conteúdos do Programa Nacional de Vacinação 2012;
- Sensibilizar a equipa para a adoção de cuidados não traumáticos aquando da administração de vacinas.



Vacinação

A vacinação permite “salvar vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”.
(DGS, 2012, p. 5)



Vacinação

Vacina — suspensão de micro-organismos vivos, inativados ou frações, administrado para induzir imunidade e prevenir uma doença infecciosa ou as suas sequelas.
(Wilson, 2014)



- **Imunidade individual** - protege a pessoa diretamente vacinada;
- **Imunidade de grupo** - cada indivíduo vacinado forma uma barreira à circulação do micro-organismo causador da doença, com proteção indireta das pessoas não vacinadas.

(Dias, 2000, citado por Loureiro, 2004)

Vacinação



Antigénio

- Micro-organismos (vírus ou bactérias) completos, mortos ou atenuados ou fragmentos desses micro-organismos.

- “Imunogénico”, desencadeia uma reação imunitária não provocando a doença.

Encontra-se em pequenas quantidades na dose da vacina, numa forma purificada, diluído num líquido estéril e por vezes combinado com adjuvantes, que amplificam a reação imunitária.

<http://www.vacinas.com.pt/vacinas/glossario?p=V>

Vacinação



Tipo de vacinas

Vacinas vivas atenuadas

O micro-organismo, obtém-se a partir de um indivíduo ou animal infetado.

As vacinas vivas atenuadas têm como **desvantagem** o risco de poder induzir sintomas.



BCG VASPR
Rotavírus*
Varicela*
Febre amarela*

<http://www.vacinas.com.pt/vacinas/glossario?p=V>

Vacinação



Tipo de vacinas

Vacinas mortas ou inativadas

Os micro-organismos são mortos por agentes químicos.

Vantagem - ausência de poder infeccioso do agente.

Desvantagem - requer a necessidade de associar adjuvantes ou proteínas transportadoras e a administração de doses de reforço.

<http://www.vacinas.com.pt/vacinas/glossario?p=V>

Vacinação



Tipos de vacinas inativadas

Inteiras (vírus/bactéria intatos) - VHA

Fragmentadas (contêm pequenas frações ou porções de vírus/bactérias):

- Toxoide – Td
- Polissacarídicas – Pneumo23®
- Conjugadas – MenC, Pn13, Hib

Outras vacinas (desenvolvidas por recombinação genética) – VHB e HPV.

<http://www.vacinas.com.pt/vacinas/glossario?p=V>

Apêndice IV

Programa Nacional de Vacinação

➤ “É um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma receita universal”. (PNV, 2012, p.5)



➤ O PNV aplica-se a indivíduos presentes no país, com idade inferior a 18 anos excludive e, durante toda a vida para as vacinas contra o tétano e a difteria (Td). (PNV, 2012)

Programa Nacional de Vacinação BCG



Tipo de vacina	Vacina de bacilos vivos atenuados <i>Mycobacterium bovis</i>
Idade de administração	À nascença se: ➤ Recém-nascido peso ≥ 2 Kg ➤ Mãe não infectada com HIV *Após dois meses de idade só deve ser administrada BCG, após prova tuberculínica negativa
Dose	< 12 meses de idade: 0,05 ml ≥ 12 meses de idade: 0,1 ml
Via de administração	Intradérmica *A administração subcutânea da BCG aumenta o risco de linfadenite supurativa, podendo originar a formação de abcesso e/ou de escara no local da injeção
Local da administração	Acima da inserção distal do músculo deltoide, na face postero-externa do braço esquerdo

Programa Nacional de Vacinação BCG



Tipo de vacina	Vacina de bacilos vivos atenuados <i>Mycobacterium bovis</i>
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez e aleitamento • Recém-nascidos com peso, à nascença, inferior a 2 Kg • Lactentes/filhos de mães HIV+ (até à exclusão da infeção na criança) • Recém-nasdo familiar direto de doente com suspeita ou confirmação de imunodeficiência primária (até exclusão de imunodeficiência da criança) • Imunodeficiência celular, congénita ou adquirida; tratamentos imunossuppressores; infeção por HIV • Doença sistémica grave; doença aguda grave, com ou sem febre • Doença cutânea generalizada • Tratamento com antibióticos com atividade tuberculostática • Tuberculose ativa; prova tuberculínica positiva • Mal nutrição grave

Programa Nacional de Vacinação VHB

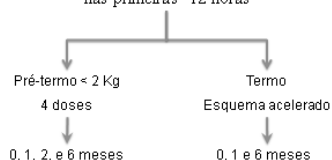


Tipo de vacina	Vacina de antígeno de superfície recombinante do vírus da Hepatite B
Idade de administração	À nascença 2 meses 6 meses
Dose	≤ 15 anos de idade: 0,5 ml (5 ou 10 μ g antígeno, conforme o produtor) > 15 anos de idade: 1 ml (10 ou 20 μ g antígeno, conforme o produtor)
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	< 12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa direita ≥ 12 meses de idade: músculo deltoide do braço direito
Contraindicações	Reação anafilática a: - uma dose anterior da vacina VHB, monovalente ou combinada - algum dos constituintes da vacina - leveduras (fermento de padaria)

Programa Nacional de Vacinação VHB



RN filho de mãe Ag HBs positivo
devem ser vacinados e receber imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas



Programa Nacional de Vacinação DTPaHibVIP



Tipo de vacina	Vacina combinada pentavalente, contendo: • toxoide diftérico adsorvido (D); toxoide tetânico adsorvido (T); toxoide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (Pa); oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i> , conjugados com uma proteína bacteriana (Hib); vírus da poliomielite inteiros e inativados (tipos 1, 2 e 3) (VIP).
Idade de administração	2 meses 4 meses 6 meses
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	< 12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa esquerda ≥ 12 meses de idade: músculo deltoide do braço esquerdo

Programa Nacional de Vacinação DTPaHibVIP



Tipo de vacina	Vacina combinada pentavalente
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Reação anafilática a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTPaHibVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos • Encefalopatia* de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i> <p>*Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperado dentro das primeiras 24 horas.</p>

Programa Nacional de Vacinação DTPaHib



Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente, contendo: • toxoide diftérico adsorvido (D) • toxoide tetânico adsorvido (T) • toxoide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (Pa) • oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i> , conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)
Idade de administração	18 meses
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	< 12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa esquerda ≥ 12 meses de idade: músculo deltoide do braço esquerdo

Apêndice IV

Programa Nacional de Vacinação DTPaHib



Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> Reação anafilática a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTPaHib ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos Encefalopatia* de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i> <p>*Definida como: uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.</p>

Programa Nacional de Vacinação DTPaVIP



Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"> toxóide diftérico adsorvido (D) toxóide tetânico adsorvido (T) toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (Pa) vírus da poliomielite inteiros e inativados (tipos 1, 2 e 3) (VIP)
Idade de administração	5 anos
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	<12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa esquerda ≥12 meses de idade: músculo deltoide do braço esquerdo

Programa Nacional de Vacinação DTPaVIP



Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> Reação anafilática a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTPaVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos Encefalopatia* de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i> <p>*Definida como: uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.</p>

Programa Nacional de Vacinação MenC



Tipo de vacina	Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de <i>Neisseria meningitidis</i> : C, conjugado com uma proteína bacteriana
Idade de administração	12 meses
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	≥12 meses de idade: músculo deltoide do braço esquerdo <12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa esquerda
Contraindicações	<p>Hipersensibilidade a:</p> <ul style="list-style-type: none"> uma dose anterior da vacina MenC algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)

Programa Nacional de Vacinação VASPR



Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Idade de administração	12 meses 5 anos
Dose	0,5 ml
Via de administração	Subcutânea
Local da administração	>6 meses e <12 meses de idade: músculo vasto externo da coxa direita ≥12 meses de idade: região antero-lateral do terço superior do braço direito

Programa Nacional de Vacinação VASPR



Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> Reação anafilática a uma dose anterior da vacina, à neomicina, à gelatina ou a outros componentes da vacina Gravidez Tuberculose ativa Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica na sequência de uma dose anterior da vacina Imunodepressão grave, congénita ou adquirida Terapêutica imunossupressora

Programa Nacional de Vacinação HPV



Tipo de vacina	Vacina tetravalente, recombinante, com adjuvante, contendo proteínas L1 do vírus do Papiloma humano dos tipos 6, 11, 16 e 18
Idade de administração	13 anos Esquema: <ul style="list-style-type: none"> Vacina tetravalente (Gardasil®) - 0, 2 e 6 meses Vacina bivalente (Cervarix®) - 0, 1 e 6 meses
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	Músculo deltoide do braço direito
Contraindicações	Reação de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes da vacina

Programa Nacional de Vacinação Td



Tipo de vacina	Vacina combinada bivalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"> toxóide tetânico adsorvido (T) toxóide diftérico, em dose reduzida, adsorvido (d)
Idade de administração	10 anos 10/10 anos
Dose	0,5 ml
Via de administração	Intramuscular
Local da administração	Músculo deltoide do braço esquerdo
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> Reação anafilática a uma dose anterior ou a algum constituinte da Td ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos Trombocitopenia ou complicações neurológicas na sequência de anterior vacinação contra o tétano ou a difteria

Apêndice IV

Programa Nacional de Vacinação Locais anatómicos de administração das vacinas

Idade ≤ 12 meses	Braço esquerdo	Braço direito
	BCG ¹	-----
Idade ≥ 12 meses	Coxa esquerda	Coxa direita
	VHB	VHB
	DTaPaHib	Hib
	DTaPaVIP	VIP



Idade ≥ 12 meses	Braço esquerdo	Braço direito
	BCG ¹ DTaPa DTaPaHib DTaPaVIP MenC ^{1a} Td	VHB Hib VIP VASPR ^{1a} HPV

- (a) Administração de BCG nos esquemas de recurso, implica que as vacinas que se efetuam nos 3 meses seguintes sejam administradas no braço direito.
(b) Se administrada a crianças <12 meses a MenC deve ser administrada na coxa esquerda.
(c) Se administrada a crianças <12 meses a VASPR deve ser administrada na coxa direita.

Programa Nacional de Vacinação Esquema recomendado

Vacina	Idades										
	0 nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	13 anos	15/16 anos	18/19 anos
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB1	VHB2		VHB3							
Haemophilus influenzae b		Hib1	Hib2	Hib3		Hib4					
Difteria Tétano Tosse convulsa		DTaP1	DTaP2	DTaP3		DTaP4	DTaP5	Td		Td	
Poliomielite		VIP1	VIP2	VIP3			VIP4				
Meningococo C					MenC1						
Sarampo Parotidite epidémica Rubéola					VASPR1		VASPR2				
Infecções por vírus do Papiloma Vírus Humano										HPV	

Programa Nacional de Vacinação Esquema tardio antes dos 7 anos de idade

Vacina	Visitas/Idades							
	1ª visita	1 mês após 1ª visita	72 h após 1ª visita anterior	2 meses após 1ª visita	6 meses após 1ª visita	5-6 anos	10-13 anos	10/10 anos
Tuberculose		Primeira tuberculínica	BCG					
Hepatite B	VHB1	VHB2			VHB3			
Haemophilus influenzae b	Hib1	Ver quadro 1 (deposição seguinte)						
Difteria Tétano Tosse convulsa	DTaP1	DTaP2		DTaP3	DTaP4	DTaP5	Td	Td
Poliomielite	VIP1	VIP2		VIP3		VIP4		
Meningococo C	MenC							
Sarampo Parotidite epidémica Rubéola	VASPR1					VASPR2		
Infecções por vírus do Papiloma Vírus Humano								HPV

Programa Nacional de Vacinação Esquema tardio antes dos 7 anos de idade



Quadro 1 – Esquema de vacinação para a vacina Hib

Idade de início	Primo-vacinação	Idade de Reforço
6 semanas-6 meses	3 doses (respeitando um intervalo de 8 semanas entre cada dose)	18 meses
7-11 meses	2 doses (respeitando intervalos de 4 a 8 semanas entre cada dose)	18 meses
12-15 meses	1 dose	18 meses
>15 meses e <5 anos	1 dose	Nenhum

Programa Nacional de Vacinação Esquema tardio antes dos 7 aos 18 anos de idade

Vacina	Visitas/Idades						
	1ª visita	1 mês após 1ª visita	72 horas após 1ª visita anterior	7 meses após 1ª visita	10 anos	13 Anos	10/10 anos
Tuberculose		Primeira tuberculínica	BCG				
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3			
Difteria Tétano	Td 1	Td 2		Td 3	Td 4		Td
Poliomielite	VIP 1	VIP 2		VIP 3			
Meningococo C	MenC						
Sarampo Parotidite e epidémica Rubéola	VASPR 1	VASPR 2	VASPR 2				
Infecções por vírus do Papiloma Virus Humano							HPV 1,2,3 doses

Programa Nacional de Vacinação Locais anatómicos de administração das vacinas

A administração simultânea de vacinas deve respeitar tanto quanto possível os locais anatómicos aconselhados, tendo em atenção:



- As vacinas de administração intramuscular na criança devem ser inoculadas no músculo glúteo;
- Antes dos 12 meses de idade, as vacinas devem ser inoculadas na coxa (excepto a BCG) e, a partir dessa idade, na face superior do braço;
- Após os 12 meses de idade, quando não existir desenvolvimento suficiente da face superior do braço, as vacinas podem ser administradas na coxa;
- Nos casos em que haja necessidade pode administrar-se mais do que uma vacina no mesmo membro, desde que as injeções sejam distanciadas entre 2,5 a 5 cm.

(DGS, 2012)

Programa Nacional de Vacinação Intervalos entre a administração de vacinas diferentes

Típos de vacinas	Intervalo mínimo recomendado entre vacinas diferentes
≥ 2 inativadas	Geralmente, podem ser administradas no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre as doses
Inativadas+ vivas	Geralmente, pode ser administradas no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre as doses
≥ 2 vivas	Podem ser administradas no mesmo dia ou com um intervalo de, pelo menos, 4 semanas entre as doses



Programa Nacional de Vacinação Falsas contraindicações



- Reações locais, ligeiras a moderadas, a uma dose anterior da vacina;
- Doença ligeira aguda, com ou sem febre (ex.: infecção das vias respiratórias superiores, diarreia,...);
- Terapêutica antibiótica concomitante (exceto os tuberculostáticos para a BCG);
- Imunoterapia concomitante com extratos de alérgenos;
- História pessoal ou familiar de alergias (ex.: ovos, penicilina, asma, febre dos fenos, rinite ou outras manifestações atópicas);
- Dermatoses (exceto para o BCG), eczemas ou infeções cutâneas localizadas;
- Doença crónica cardíaca, pulmonar, renal ou hepática;
- Doenças neurológicas não evolutivas, como a paralisia cerebral;
- Síndrome de Down ou outras patologias cromossómicas;
- Prematuridade (depende do peso e do tempo de gestação);

(DGS, 2012)

Apêndice IV

Programa Nacional de Vacinação Falsas contraindicações

- Baixo peso à nascença (< 2 Kg) exceto a VHB e BCG;
- Aleitamento materno;
- História de icterícia neonatal;
- Malnutrição;
- História anterior de sarampo, parotidite epidémica, rubéola ou outra doença alvo de uma vacina;
- Exposição recente a uma doença infecciosa;
- Convalescença de doença aguda;
- História familiar de reações adversas graves à mesma vacina ou a outras vacinas;
- História familiar de síndrome da morte súbita do lactente;
- História familiar de convulsões.



(DGS, 2012)

Programa Nacional de Vacinação Reações adversas

	Efeitos locais
	-A administração da vacina provoca uma pápula que desaparece ao fim de 20-30 minutos.
	-Formação de um pequeno nódulo vermelho, no local da administração, que gradualmente se transforma numa pequena vesícula. Passado 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses ficando uma pequena cicatriz. A lesão cura espontaneamente;
	-Linfadenite regional (gânglios cervicais ou axilares) que é uma complicação ocasional;
	-Abscessos, que são muito raros e podem ser devidos a sobredosagem ou injeção mais profunda que o indicado (técnica de administração inadequada).
BCG	



Programa Nacional de Vacinação Reações adversas

VHB DTPaHibVip DTPaHib DTPaVIP MenC Td	<p>Efeitos locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor, rubor, endurecimento e edema; -Em vacinas que contenham o componente DTPa ou Td, pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que é reabsorvido ao longo de várias semanas. <p>Efeitos sistémicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Febre, irritabilidade, sonolência, diminuição do apetite, vômitos, diarreia, que habitualmente desaparecem ao fim de 48-72 horas.
VASPR	<p>Efeitos locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema. <p>Efeitos sistémicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entre o 5º e os 12º dias podem surgir: febre (>39,4 °C) e/ou exantema, autolimitados, de curta duração (1 a 2 dias).
HPV	<p>Efeitos locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor, rubor e edema. <p>Efeitos sistémicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Febre moderada de curta duração, cefaleias e tonturas.



Programa Nacional de Vacinação Aspectos Importantes

- Todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar e/ou atualizar o esquema vacinal;
- Efetuar a administração de vacinas com as crianças/jovens/adultos em posição sentada ou deitada;
- Após a administração da vacina, as crianças/jovens/adultos, devem ficar sob vigilância \pm 30 minutos;
- Não é recomendada a administração por rotina de paracetamol uma vez que parece haver interferência com a produção de anticorpos;
- Todas as doses são válidas, independentemente do tempo que tenha decorrido desde a última dose.



(DGS, 2012)

Programa Nacional de Vacinação Considerações finais

“É melhor prevenir do que remediar” porque, o que se poupa em mortes prematuras, internamentos hospitalares, consultas/visitas médicas e tempo sem trabalhar/aprender por doença ou por assistência à família ultrapassa largamente os custos da vacinação de toda a população abrangida.

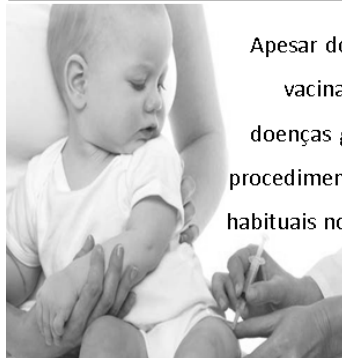
A vacinação:

- É considerada, entre todas as medidas de saúde pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado, contribuindo para melhorar o panorama da saúde no âmbito das doenças infecciosas;

- diminui a mortalidade e a morbilidade em doenças evitáveis pela vacinação.



Vacinação e as crianças



Apesar do impacto positivo da vacinação na prevenção de doenças graves, este é um dos procedimentos mais dolorosos e habituais no contexto pediátrico.

(DeMore & Cohen, 2005)

Vacinação e as crianças

O cuidado de enfermagem deve ter em conta o bem-estar e o conforto da criança/família, com base:

- Cuidados centrados na família ;
- Cuidados em parceria;
- Cuidados não traumáticos.



Vacinação e as crianças Ideias chave

A imunização na criança requer a cooperação com os pais, habilidades de comunicação e relacionamento. (Figueiredo, Pina, Tonete, Lima, Mello, 2011)

A presença dos pais é uma das intervenções de promoção do conforto aquando da realização de procedimentos invasivos. (Kolcaba e DiMarco, 2005)

“...as intervenções não farmacológicas são úteis no controlo da dor...”. (Batalha, 2010, p. 80)

Apêndice IV

Vacinação e as crianças Cuidados não traumáticos

Estratégias farmacológicas:

- Administração de solução doce e de sacarose;
 - Aplicação de anestésico tópico;
- (Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzoni e Graziá, 2010)



Vacinação e as crianças Cuidados não traumáticos

Estratégias não farmacológicas:

- Sucção não nutritiva
- Amamentação
- Distração



Vacinação e as crianças Cuidados não traumáticos

DISTRAÇÃO

Conjunto de estratégias cognitivas

que proporcionam prazer e têm como objetivo desviar a atenção

da dor ou dos medos para coisas agradáveis, contribuindo para o seu controlo e aumentando os sentimentos de segurança e bem-estar e o conforto.



Vacinação e as crianças Cuidados não traumáticos - Distração

Recém-nascidos	Até aos 2 anos	Dos 3 aos 6 anos
<ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos (rocas, guizos, bonecos macios e coloridos,...); • Canção • Música 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos musicais • Bolinhas de sabão • Livros com sons • Jogos 	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginar um super herói que tira a dor ou outra qualquer fantasia • Distração abordando temas como o jardim de infância, a escola, filmes • Utilizar jogos, música, vídeos, imaginação guiada, técnicas respiratórias, brincadeiras

(Batalha, 2010)



Em suma...



O Programa Nacional de Vacinação constitui uma das formas mais eficazes e eficientes de medicina preventiva, e muitos milhares de pessoas estão vivas e de boa saúde graças às vacinas e aos profissionais de saúde.

A colaboração dos cidadãos, principalmente dos pais, é fundamental para o cumprimento do PNV, devendo ser-lhe prestado toda a atenção, informação e cuidados que garantam o acesso e adesão universais à vacinação.

Referências Bibliográficas

- Batalha, L. M. C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série 2. 73-80.
- Batalha, L. M. C. (2010). Dor em Pediatria: Compreender para Mudar. 1ª ed. Lisboa: Lidel – editora científica, Lda.
- Codipietro, L., Bailo, E., Nangeroni, M., Ponzoni, A., Graziá, G. (2011). Analgesic techniques in minor painful procedures in neonatal units: a survey in Northern Italy. *Pain Practice*, 11 (2), 154-159.
- DeMore, M. & Cohen, L. (2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal of Clinical Psychological and Medical Settings*. 12(4). 281-291.
- Direção Geral da Saúde (2012) Programa Nacional de Vacinação 2012: Norma da Direção Geral da Saúde. nº 040/2011 de 29-12-2011. Ministério da Saúde.
- Figueiredo, G. L. A., Ana, J. C., Tonete, V. L. P., Lima, R. A. G. & Mello, D. F. (2011). Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3). 1-8. Acedido a 26-05-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf.

Referências Bibliográficas

- <http://www.vadnas.com.pt/vacinas/glossario?pe=V>
- Migowski, E. (2012). Aspectos Práticos em Vacinação. In 21º Encontro de Pediatria: Prevenção em Pediatria - Novos conhecimentos, atitudes e práticas, Coimbra, 15 a 17 de fevereiro de 2012.
- Semana Europeia da Vacinação - Nota Informativa da Direção Geral da Saúde. Acedido a 06-12-2013. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rc=1&q=&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0C00QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Ffiles-de-upload%3Fse=2011-2-nota-informativa-pdf.aspx&ei=HymiUt2PM_S7Aaan4CgDw&usq=AFQjCNEImIYsuPalPnaqjB34WCa7HfA
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In J. M. Hodkenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (M. J. G. Paão, Coord.) (9ª ed.) (Vol 1). (pp. 491-552). Loures: Lusodênia. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9ª ed., 2011).



Obrigada pela vossa atenção!

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão



AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE FORMAÇÃO

APRECIÇÃO GLOBAL DA SESSÃO

“Saúde da Criança – Programa Nacional de Vacinação”

Uma vez terminada a Sessão de Formação, é importante fazer um balanço e a consequente reflexão sobre o modo como esta decorreu, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas ações de formação.

Assim, solicito o preenchimento do seguinte questionário anónimo:

DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO		1	2	3	4	5	
OBJETIVOS DA SESSÃO	Confusos						Muito claros
CONTEÚDOS DA SESSÃO	Inadequados						Totalmente adequados
UTILIDADE DOS CONTEÚDOS	Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
MOTIVAÇÃO DOS PARTICIPANTES	Nula						Plena
RELACIONAMENTO ENTRE PESSOAS	Negativo						Muito positivo
MEIOS AUDIOVISUAIS DISPONÍVEIS	Inadequados						Totalmente adequados

INTERVENÇÃO DO FORMADOR		1	2	3	4	5	
• DOMÍNIO DO ASSUNTO	Deficiente						Pleno
• MÉTODOS	Inadequados						Muito adequados
• LINGUAGEM	Confusa						Muito clara
• EMPENHAMENTO	Insuficiente						Elevado
• RELACIONAMENTO	Fechado						Aberto

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NA SESSÃO		1	2	3	4	5	
• A nível do Saber – Saber (conhecimentos)	Nada adquiridos						Muito adquiridos
• A nível do Saber - Fazer (instrumentais)	Nada adquiridos						Muito adquiridos
• A nível do Saber – Ser /Estar (relacionais)	Nada adquiridos						Muito adquiridos

SUGESTÕES/CRÍTICAS

Obrigada pela vossa colaboração!

Apêndice V – Norma de Procedimento - Vacinação

Norma de Procedimento

Vacinação

Serviço de Medicina

Autor(es): Enf.^a Catarina Maleita

Código:

Data de elaboração: 15-12-2013

Versão: 1

Data de aprovação: 00-00-0000

Próxima revisão:

Data de validade: 00-00-0000

Número de anexos: 3

SIGLAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

INTRODUÇÃO

O mais recente PNV foi aprovado pelo Despacho n.º 17067/2011 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, datado de 7 de dezembro de 2011 e publicado em Diário da República, 2ª série – N.º 243 – de 21 de dezembro de 2011, tendo entrado em vigor a 1 de janeiro de 2012 e substituindo o PNV de 2006.

Segundo a DGS a vacinação assume-se como um dos maiores sucessos de saúde pública, constituindo o meio mais eficaz e seguro de proteção contra determinadas doenças. Com a introdução do PNV verificou-se uma notável redução da morbilidade e mortalidade associada a doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos em saúde (DGS, 2012). Segundo o 2º Inquérito Serológico Nacional de Portugal Continental 2001-2002, os programas de vacinação apresentam uma relação de custo-efetividade.

CONCEITOS

Programa Nacional de Vacinação – Programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta os esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma “receita universal”.

Vacinação – Originalmente referida à inoculação com o vírus da varíola para tornar uma pessoa imune a esta doença; habitualmente significa um ato físico de administração de qualquer vacina ou toxoide (Wilson, 2014).

Vacina – suspensão de micro-organismos vivos (geralmente atenuados), inativados ou frações de micro-organismos administrada para induzir imunidade e prevenir uma doença infecciosa ou as suas sequelas (Wilson, 2014).

DESTINATÁRIOS

Este documento destina-se a todos os elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina.

FINALIDADE/OBJETIVOS

Foram estabelecidos como objetivos:

- Definir a intervenção da equipa de enfermagem perante crianças com idade recomendada para a administração de vacinas, de acordo com o PNV.
- Permitir ao enfermeiro uma consulta rápida para o esclarecimento de dúvidas colocadas pelos pais/familiares.

REFLEXÃO ÉTICA

A reflexão ética incide essencialmente nos princípios do consentimento informado, mesmo perante as crianças. O consentimento do doente é o ato através do qual o doente manifesta a sua concordância relativamente ao que lhe é proposto em termos de cuidados de saúde. É, assim, um requisito à sua liberdade de escolha. É o doente que decide se quer ou não prosseguir com um determinado tratamento.

Perante o contexto pediátrico, e inerente aos menores, está a sua peculiar vulnerabilidade, a falta de experiência e a falta de capacidade para formar opiniões críticas e tomar decisões informadas, uma vez que se encontram em processo de desenvolvimento das suas aptidões. Como tal, em regra, os adultos são considerados capazes, pois, pelo seu desenvolvimento normal, possuem os conhecimentos, valores e modelos de ponderação necessários à tomada de decisões.

Desta forma, é aos adultos que os enfermeiros se devem dirigir de acordo com os princípios defendidos pelo CDE. No artigo 78.º do CDE, o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito à liberdade informada do utente, assim como salvaguardar o direito à opção esclarecida. Refere ainda que o enfermeiro, no âmbito das suas competências, deve fornecer todo o tipo de informação solicitada pelo cliente, de modo a esclarecer todas as dúvidas colocadas por este. Afirma-se que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, assim, os valores universais a observar na relação profissional, passam pela liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

O enfermeiro no respeito pelo direito à autodeterminação, artigo 84.º, assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, assim, este deve explicar a natureza dos cuidados que vai prestar, a sua finalidade e consequências, o que poderá acontecer, caso preste ou não, o cuidado proposto, e “atender com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”, tendo ainda o dever de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109).

CONTEÚDO

A vacinação deverá ser efetuada mediante as Orientações Técnicas da DGS.

O enfermeiro perante a criança/família:

- Solicita o livro de vacinas;
- Solicita informação sobre reações anteriores secundárias a vacinas e possíveis alergias;
- Verifica, para além dos “6 certos”, qual a vacina, de acordo com a idade, a ser administrada à criança ou a(s) vacina(s) em falta. Para obter uma resposta mais concisa e verdadeira, poderá consultar o(s) seguinte(s) anexo(s):
 - Esquema cronológico recomendado (Anexo I, p.10);

- Esquema cronológico recomendado – Esquema em atraso – Vacinação Universal antes dos 7 anos (Anexo I, p.15);
- Esquema cronológico de recurso – Esquema tardio – Vacinação Universal dos 7 aos 18 anos (Anexo I, p.17);
- Esclarece a criança/familiar sobre:
 - A(s) vacina(s) a administrar, sua administração e seu(s) objetivo(s);
 - Precauções, que poderão ser consultadas no PNV (Anexo I, págs. 21-35);
 - Falsas contraindicações (Anexo I, p.38);
 - A(s) vacina(s) a administrar, tendo em conta os intervalos de segurança entre a administração de diferentes vacinas (Anexo I, p.19-20);
 - O local anatómico de administração das vacinas (Anexo I, p.36);
 - As possíveis reações secundárias à vacina administrada (Anexo I, pág. 39-42).
- Qualquer outra dúvida que surja aos profissionais poderá encontrar a resposta ao consultar o PNV (Anexo I);
- Verificar qual a vacina a administrar e proceder à sua preparação atendendo às suas propriedades: validade, coloração e integridade;
- Na administração das vacinas deverá ser respeitada a técnica adequada. A técnica inclui a via, o local e a forma de administração. A utilização de uma via errada pode originar reações secundárias locais e sistémicas, para além de comprometer a eficácia da vacina. Relativamente aos locais, as vacinas devem ser administradas onde haja menor probabilidade de lesão dos nervos, tecidos ou vasos (respeitar orientações da DGS no PNV 2012, anexo I, págs. 21-35);
- Após a administração das vacinas colocar os desperdícios nos recipientes apropriados;
- Relembrar de forma oral/escrita à criança/familiar as possíveis reações secundárias à vacinação e como atuar, assim como, a data da próxima vacina;
- Após a administração registar os atos vacinais de modo legível: a data, o lote, a assinatura do profissional e o carimbo da instituição no Boletim Individual de Saúde da criança.

Todas as outras vacinas, que não estão incluídas no PNV, são administradas mediante prescrição médica. O esquema cronológico destas vacinas é decidido pelo médico prescriptor. Salientam-se em apêndice alguns dos aspetos mais importantes relativos às duas vacinas mais administradas às crianças e não incluídas no PNV - Prevenar13® (Anexo II) e/ou Rotateq®/Rotarix® (Anexo III).

Os esquemas de vacinação recomendados no PNV não são rígidos, estes são adaptados às circunstâncias locais, epidemiológicas ou de outra natureza e, ainda, às especificidades individuais.

Qualquer alteração ao esquema cronológico recomendado no PNV deve ser devidamente fundamentado pelo médico assistente, através de prescrição que deve ser arquivada junto do processo individual. Os esquemas cronológicos aconselhados pelo produtor podem, no entanto, ser adaptados aos calendários vacinais mais convenientes, desde que se cumpram as idades mínimas e máximas para administração e os intervalos mínimos entre as doses, prevalecendo sempre as recomendações da DGS, no que respeita à aplicação do PNV.

Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso ou menos motivação para recorrer aos serviços de saúde.

ALGORITMO DE ATUAÇÃO

Não se aplica.

BIBLIOGRAFIA

- Despacho n.º 17067/2011 de 21 de dezembro de 2011. Programa Nacional de Vacinação. Diário da República, 2ª série, N.º 243 (21 de dezembro de 2011) 49511.
- Direção Geral da Saúde (2012) Programa Nacional de Vacinação 2012: Norma da Direção Geral da Saúde n.º 040/2011 de 29-12-2011. Ministério da Saúde.

- Freitas, M.G., Paixão, M.T. (2004) *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efetividade: 2º inquérito serológico nacional: Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: DGS.
- <http://www.vacinas.com.pt/vacinas/glossario?p=V>.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Acedido a 20-01-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf.
- Resumo das características do medicamento – Prevenar® Acedido a 02-12-2013. Disponível em http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000323/WC500041563.pdf.
- Resumo das características do medicamento – Rotarix® Acedido a 02-12-2013. Disponível em http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000639/WC500054789.pdf.
- Resumo das características do medicamento - RotaTeq®. Acedido a 02-12-2013. Disponível em http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000669/WC500054185.pdf.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 491-552). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).

ANEXOS

Anexo I – Programa Nacional de Vacinação

Anexo II – Vacina Prevenar13®

Anexo III – Vacina Rotavírus (RotaTeq® e Rotarix®)

Anexo I – Programa Nacional de Vacinação

Programa Nacional de Vacinação 2012

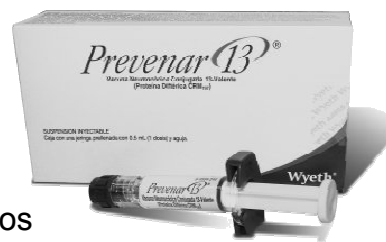
O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, não existindo barreiras para a sua administração, exceto, evidentemente, no caso em que um indivíduo tenha contraindicações médicas. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, bem como as idades adequadas para a sua administração.

As recomendações do PNV são revistas pela Comissão Técnica de Vacinação, sempre que tal é julgado necessário, ou por solicitação das autoridades de saúde. Embora no início da década de 1960 já se administrassem dezenas de milhares de vacinas em Portugal, o PNV teve início oficial em outubro de 1965 com a vacina para a poliomielite. A esta seriam acrescentadas, em 1966, a tosse convulsa, a difteria, o tétano e a varíola. O sarampo (em 1974), a rubéola e a parotidite (em 1987) foram as vacinas seguintes a serem introduzidas no PNV. Seguiu-se o *Haemophilus influenza* do tipo b e a hepatite B (janeiro de 2000). Em janeiro de 2006, foi incluída no PNV a vacina conjugada contra o meningococo C e, em 2008, a vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV). Presentemente, o PNV inclui vacinas para 12 agentes etiológicos de doenças graves, distribuídas por idades, como se poderá verificar na página 10, do PNV.

Nota: Devido à extensão do documento, este não foi anexado, podendo ser consultado no seguinte endereço eletrónico: <http://www.dgs.pt/?cr=21507>.

Vacina Prevenar13®

Prevenar13® é uma vacina morta que contém os 7 polissacáridos capsulares pneumocócicos (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F) e ainda 6 polissacáridos adicionais (1, 3, 5, 6A, 7F, 19A), todos conjugados com a proteína transportadora CRM197.



Indicações terapêuticas

Imunização ativa para a prevenção de doença invasiva, pneumonia e otite média aguda causada por *Streptococcus pneumoniae*, em lactentes, crianças e adolescentes desde as 6 semanas até aos 17 anos de idade.

Imunização ativa para a prevenção de doença invasiva causada por *Streptococcus pneumoniae* em adultos de idade igual ou superior a 18 anos e em idosos.

Modo de administração e posologia

Lactentes de 6 semanas a 6 meses	Imunização primária de 4 doses	0.5ml	<ul style="list-style-type: none"> 2, 4, 6 meses ou 3, 5, 7 meses 4ª Dose (reforço) entre os 11 e os 15 meses de idade
	Imunização primária de 3 doses	0.5ml	<ul style="list-style-type: none"> 2, 4 meses ou 3, 5 meses 3ª Dose (reforço) entre os 11 e os 15 meses de idade
Lactentes e crianças não vacinados com ≥ 7 meses	Lactentes com 7 a 11 meses de idade - 3 Doses	0.5ml	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de pelo menos 1 mês 3ª Dose (reforço) no segundo ano de vida
	Crianças com 12 a 23 meses de idade - 2 Doses	0.5ml	Intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses
Crianças e adolescentes com 2-17 anos	Dose única	0.5ml	

A vacina deve ser administrada por injeção intramuscular. Os locais de injeção preferenciais são a região anterolateral da coxa (músculo vasto lateral) nas crianças até aos 12 meses (lactentes) ou o músculo deltóide na porção superior do braço nas crianças a partir dos 12 meses e nos adultos.

Os esquemas de imunização com Prevenar 13® devem basear-se em recomendações oficiais.

Contraindicações

Hipersensibilidade às substâncias ativas, ou a qualquer um dos excipientes: cloreto de sódio, ácido succínico, polissorbato 80 e água para preparações injetáveis.

Como acontece com outras vacinas, a administração de Prevenar13® deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda grave. Contudo, a presença de uma infecção ligeira, como uma constipação, não deve causar o adiamento da vacinação.

Advertências e precauções especiais de utilização

Prevenar13® não pode ser administrada por via intravascular.

Como acontece com todas as vacinas injetáveis, devem estar sempre disponíveis cuidados e tratamentos médicos adequados na eventualidade de ocorrer uma reação anafilática rara após a administração da vacina.

Interações medicamentosas e outras formas de interação

Lactentes e crianças das 6 semanas aos 5 anos de idade.

Prevenar 13® pode ser administrado em simultâneo com os seguintes antigénios vacinais, quer como vacinas monovalentes, quer combinadas: difteria, tétano, tosse convulsa acelular ou celular, *Haemophilus influenzae* do tipo b, poliomielite inativada, hepatite B, meningococo do serogrupo C, sarampo, papeira, rubéola, varicela e vacina para o rotavírus.

Efeitos indesejáveis

As reações adversas mais frequentemente notificadas em crianças entre as 6 semanas e os 5 anos de idade foram reações inflamatórias no local de vacinação, febre, irritabilidade, diminuição do apetite e aumento e/ou diminuição do sono.

Anexo III – Vacina Rotavírus (RotaTeq® e Rotarix®)

Vacina Rotateq®

Vacina viva contra o rotavírus.

Nos ensaios clínicos, foi demonstrada eficácia contra as gastroenterites provocadas pelo rotavírus dos genótipos G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] e G9P[8].



Indicações terapêuticas

RotaTeq® está indicado na imunização ativa de lactentes a partir das 6 semanas até às 32 semanas de idade, para a prevenção de gastroenterites devidas a infeções por rotavírus.

Modo de administração e posologia

Solução oral

RotaTeq® **NÃO DEVE** ser injetado em qualquer circunstância.

Desde o nascimento até às 6 semanas de idade, RotaTeq® não está indicado para este subgrupo da população pediátrica.

Das 6 semanas às 32 semanas de idade

O esquema de vacinação consiste em **três doses**. A **primeira dose** deve ser administrada a partir das 6 semanas de idade e nunca depois das 12 semanas de idade.

RotaTeq® pode ser administrado a lactentes que nasceram prematuramente desde que o período de gestação não seja inferior, no mínimo, a 25 semanas. Estes lactentes devem receber a primeira dose de RotaTeq® no mínimo 6 semanas após o nascimento.

As doses devem ser administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas.

O esquema de vacinação de três doses deverá estar concluído preferencialmente às 20-22 semanas de idade. Se necessário, a terceira (última) dose pode ser administrada até às 32 semanas de idade.

Contraindicações

- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes.

Apêndice V

- Hipersensibilidade após a administração prévia de vacinas contra o rotavírus.
- Crianças com diagnóstico ou suspeita de imunodeficiência. Não é previsível que uma infecção assintomática pelo VIH afete a segurança ou a eficácia do RotaTeq®. Contudo, dada a inexistência de dados suficientes, não se recomenda a administração de RotaTeq® a crianças assintomáticas com VIH.
- A administração de RotaTeq® deve ser adiada em crianças que apresentam uma patologia febril aguda grave. A presença de uma infecção ligeira não é uma contraindicação para a imunização.

Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2-8°C) e manter a bisnaga doseadora dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

Outros medicamentos e RotaTeq®:

RotaTeq® pode ser administrado ao mesmo tempo que o seu filho recebe outras vacinas normalmente recomendadas.

Efeitos secundários possíveis

Como todas as vacinas e medicamentos, esta vacina pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas.

Nos estudos clínicos, ou durante a comercialização, foram referidos os seguintes efeitos secundários com a utilização de RotaTeq®:

Muito frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 10 bebés).	Febre, diarreia e vómitos.
Frequentes (podem afetar até 1 em cada 10 bebés).	Infeções do aparelho respiratório superior.
Pouco frequentes (podem afetar até 1 em cada 100 bebés).	Dor de estômago, corrimento do nariz e dor de garganta, infecção dos ouvidos, erupções na pele, sangue nas fezes ¹ .
Raros (podem afetar até 1 em cada 1000 bebés).	Broncospasmos (pieira ou tosse), urticaria ¹ , invaginação intestinal ^{1,2} .
Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis).	Reações alérgicas, que podem ser graves (anafilaxia) ¹ , edema alérgico que pode afetar a cara, lábios, língua ou garganta ¹ , irritabilidade ¹ .

¹ Este efeito secundário foi comunicado durante a comercialização.






Apêndice V

² Os sinais de invaginação intestinal podem incluir dor intensa no estômago, vômitos persistentes, sangue nas fezes, um edema da barriga e/ou febre alta.

Precauções especiais de eliminação e manuseamento

A vacina deve ser administrada por via oral, sem misturar com qualquer outra vacina ou solução.

Para administrar a vacina:

	Rasgue o invólucro de proteção e retire a bisnaga doseadora.
	Retire o líquido da ponta da bisnaga, segurando a bisnaga na vertical e batendo na tampa.
	Abra a bisnaga doseadora com 2 movimentos fáceis: 1. Fure a ponta enroscando a tampa no sentido dos ponteiros do relógio, até que fique bem enroscado;
	2. Retire a tampa rodando-a no sentido ao dos ponteiros do relógio;
	3. Administre a dose espremendo suavemente o líquido para dentro da boca da criança em direção à parte interior da bochecha, até que a bisnaga doseadora esteja vazia. (Poderá ficar uma gota residual na ponta da bisnaga).
	<u>Rejeite a bisnaga vazia e a tampa em recipientes para resíduos biológicos apropriados em conformidade com a regulamentação local.</u>

Vacina Rotarix®

Vacina viva contra o rotavírus.

Nos ensaios clínicos, a eficácia foi demonstrada contra as gastroenterites causadas por rotavírus dos genótipos mais frequentes: G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] e G9P[8].



Indicações terapêuticas

Rotarix® está indicado na imunização ativa de lactentes das 6 às 24 semanas de idade para prevenção de gastroenterites devido à infecção por rotavírus.

Modo de administração e posologia

Solução oral

Rotarix® **NÃO DEVE** ser injetado em qualquer circunstância.

O esquema de vacinação consiste em duas doses (2, 3 meses; 2, 4 meses; 3, 4 meses; e 3, 5 meses).

A primeira dose pode ser administrada a partir das 6 semanas de idade. Um intervalo de pelo menos 4 semanas deve existir entre as doses. O esquema de vacinação deve ser administrado preferencialmente antes das 16 semanas de idade, mas deve estar completo pelas 24 semanas de idade.

Rotarix® pode ser administrado com a mesma posologia em lactentes de pré-termo nascidos, pelo menos, após as 27 semanas de idade gestacional.

Contraindicações

- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes.
- Hipersensibilidade após a administração prévia de vacinas contra o rotavírus.
- Antecedentes de invaginação intestinal.
- Indivíduos com malformações congênitas do trato gastrointestinal com predisposição para invaginação intestinal.

- Crianças com diagnóstico ou suspeita de imunodeficiência. Não é previsível que uma infecção assintomática pelo VIH afete a segurança ou a eficácia do Rotarix®, contudo, dada a inexistência de dados suficientes, não se recomenda a administração de Rotarix® a crianças assintomáticas com VIH.
- A administração de Rotarix® deve ser adiada em crianças que apresentam uma patologia febril aguda grave. A presença de uma infecção ligeira não é uma contraindicação para a imunização.
- A administração de Rotarix® deve ser adiada em indivíduos que sofrem de diarreia aguda ou vômitos.

Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2-8°C) e manter a bsnaga doseadora dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

Outros medicamentos e Rotarix®:

Rotarix® pode ser administrado ao mesmo tempo que o seu filho recebe outras vacinações normalmente recomendadas, como as vacinas contra a difteria, tétano, pertussis (tosse convulsa), *Haemophilus influenzae* de tipo b, poliomielite inativada ou oral, hepatite B e meningococo do serogrupo C.

Efeitos secundários possíveis

• Infecções e infestações	Raros - infecção do trato respiratório superior
• Perturbações do foro psiquiátrico	Muito frequentes - irritabilidade Pouco frequentes - choro, distúrbios do sono
• Doenças do sistema nervoso	Pouco frequentes - sonolência
• Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Raros - rouquidão, rinorreia
• Doenças gastrointestinais	Muito frequentes - perda de apetite Frequentes - diarreia, vômitos, flatulência, dor abdominal, regurgitação de alimentos Pouco frequentes - obstipação
• Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Raros - dermatites, erupções cutâneas
• Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Raros - câibras musculares
• Perturbações gerais	Frequentes - febre e fadiga

Apêndice VI – Estudos de caso: Criança com Déficit Cognitivo - Síndrome de X-Frágil e Autismo

Estudos de caso

Crianças com Défice Cognitivo-Síndrome de X-Frágil e
Autismo



Coimbra
Janeiro de 2014

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório

Estudos de caso

Crianças com Défice Cognitivo - Síndrome de X-Frágil e
Autismo

Discente:

Catarina Isabel Nobre Maleita

Orientadora:

Fátima Martins

Docente:

Maria Manuela Soveral

Coimbra

Janeiro de 2014

LISTA DE SIGLAS

CDC	Centro de Desenvolvimento da Criança
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
EEG	Eletroencefalografia
EMG	Eletromiograma
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
SGS II	Schedule of Growing Skills II
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico

LISTA DE ABREVIATURAS

Art. Artigo

Est. Estatura

Ex. Exemplo

P Percentil

pc Perímetro Cefálico

cm Centímetros

Kg Quilogramas

ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	7
1. DÉFICE COGNITIVO	9
1.1 Cuidados de enfermagem a crianças com défice cognitivo	11
2. ESTUDO DE CASO	14
2.1. Estudo de caso de “Isabel”	14
2.1.1 Colheita de dados na consulta de enfermagem	14
2.1.2 Situação de doença e consulta médica atual	16
2.1.3 Teste de avaliação das competências do desenvolvimento Schedule of Growing Skills II	16
2.1.4 Diagnóstico de enfermagem	19
2.2. Estudo de caso de “Afonso”	20
2.2.1 Colheita de dados na consulta de enfermagem	20
2.2.2 Situação de doença e consulta médica atual	22
2.2.3 Teste de avaliação das competências do desenvolvimento Schedule of Growing Skills II	23
2.2.4 Escala Modified Checklist for Autism in Toddlers	25
2.2.5 Diagnóstico de enfermagem	25
NOTA FINAL	28
BIBLIOGRAFIA	29

ANEXOS

Anexo I – Resultados da aplicação do teste de avaliação das competências do desenvolvimento de “Isabel”

Anexo II – Folha do perfil de “Isabel”

Anexo III – *Miastenia Gravis*

Anexo IV – Síndrome de X-Frágil

Anexo V – Resultados da aplicação do teste de avaliação das competências do desenvolvimento de “Afonso”

Anexo VI – Folha do perfil de “Afonso”

Anexo VII – Resultados da aplicação da escala M-CHAT

Anexo VIII – Autismo

NOTA INTRODUTÓRIA

Este trabalho foi desenvolvido no CDC, centro que dá resposta às necessidades das crianças com patologias específicas, estando organizado em duas áreas: “Departamento de Epilepsia, Cefaleias, Doenças Neuromusculares e Doenças Metabólicas” e o “Departamento de Défices cognitivos, Dificuldades de aprendizagem, Autismo, Trissomia 21, Risco Biológico e Hiperatividade”.

Neste âmbito, este centro pretende desenvolver competências na prestação de cuidados a crianças com doenças crónicas e raras e promover a adaptação da criança e família à doença crónica, referenciando-as para apoios na comunidade e desse modo facilitar o seu desenvolvimento e integração.

No contexto de estágio, pretende-se fazer um breve estudo da avaliação de desenvolvimento de duas crianças, identificar problemas, formular diagnósticos de enfermagem e planear intervenções, de acordo com o modelo de parceria de cuidados centrados na família. Os casos a apresentar foram desenvolvidos na área da consulta de neurologia e na consulta de neuromusculares.

Para a elaboração deste estudo, preconiza-se a utilização adequada da comunicação terapêutica para a criação de uma relação empática com a criança. Além da avaliação do indivíduo numa perspetiva holística e integrada no seu ambiente, a família e a relação da criança com esta serão fatores igualmente importantes.

Os casos são identificados com nomes fictícios para manter o anonimato e a privacidade, assim como todos os elementos envolventes. De acordo com o Art. 85 do CDE, que se refere ao dever de sigilo “O enfermeiro (...) assume o dever de (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino...” (Nunes, Amaral, Gonçalves, 2005, p.115).

Deste modo, este trabalho encontra-se organizado em dois capítulos: no primeiro é abordado o défice cognitivo e cuidados de enfermagem associados; no segundo são apresentados os estudos de caso onde se descreve a colheita de dados, situação de

doença atual e se apresenta e discute a aplicação do teste de desenvolvimento de competências do desenvolvimento adaptado de SGS II e da escala M-CHAT.

As considerações finais encerram este estudo de caso.

1. DÉFICE COGNITIVO

O crescimento e desenvolvimento infantil são processos que podem angustiar a família pelo desconhecimento sobre a forma como este se irá desenrolar.

O défice no desenvolvimento é descrito como qualquer ausência ou atraso significativo, numa criança, ao nível do desenvolvimento físico, cognitivo, comportamental, emocional ou social, quando comparado com os padrões normativos (Bryant, 2014).

A expressão “atraso mental” é cada vez mais substituída pelo termo – défice cognitivo. A criança com défice cognitivo demonstra comprometimento funcional em pelo menos dois dos seguintes domínios de competências adaptativas: comunicação, auto cuidado, autossuficiência, socialização, utilização dos recursos comunitários, autodeterminação, saúde e segurança, funcionamento académico, lazer e trabalho (American Psychiatric Association, 2000, citado por Bryant, 2014).

O diagnóstico é feito, muitas das vezes, por profissionais de educação ou pelos próprios pais, após um período de suspeita sobre o processo de desenvolvimento da criança. Contudo, existem síndromes (síndrome de Down) e atrasos graves do desenvolvimento que são passíveis de serem detetados logo após o nascimento.

Em qualquer dos casos é necessário um elevado índice de suspeita de défice de desenvolvimento para o diagnóstico precoce. Os atrasos ocorrem mais frequentemente na linguagem e nas competências cognitivas, apesar dos atrasos das habilidades motoras finas e grosseiras também serem típicos (*Ibid*).

Segundo, Bryant (2014) a etiologia do défice cognitivo é multifatorial, apresentando-se de seguida alguns exemplos:

- **Infeções e intoxicações** – rubéola, sífilis, toxoplasmose, consumo de drogas, álcool,... exposição pré natal ao fumo ou chumbo;
- **Trauma ou agentes físicos** – lesões cerebrais no período pré-natal, perinatal e pós-natal, falta de oxigénio e exposição a radiações;

- **Alterações metabólicas ou nutricionais** – alimentação desequilibrada e perturbações metabólicas ou endócrinas como fenilcetonúria ou hipotireoidismo;
- **Alterações cerebrais graves no período pós-natal** – erupções cutâneas, lesões e tumores;
- **Condições pré-natais desconhecidas** – malformações cerebrais como a microcefalia e mielomeningocele;
- **Alterações cromossómicas** – resultantes de exposição a radiações, a químicos, infeções virais, idade parental e mutações genéticas como a síndrome de X-Frágil e Down;
- **Perturbações gestacionais** – associadas à prematuridade e ao baixo peso ao nascer;
- **Perturbações psiquiátricas com início no período de desenvolvimento infantil** – autismo;
- **Influências ambientais** – privação ambiental associada a história de défices cognitivos entre pais e irmãos.

Em qualquer área da saúde existe grande preocupação na prevenção da doença e na promoção da saúde. A prevenção do défice cognitivo não é exceção.

A prevenção primária passa muitas das vezes por estratégias como a prevenção de infeções por rubéola, atualização do esquema vacinal, aconselhamento genético, uso de suplementos de ácido fólico durante a gravidez, educação sobre os perigos de fumar ou ingestão de bebidas alcoólicas, a vigilância pré-natal adequada, entre outras.

A prevenção secundária inclui atividades para identificar precocemente a condição, iniciar o tratamento e evitar danos cerebrais. Envolve o diagnóstico pré-natal ou a deteção de portadores de doenças cromossómicas (síndrome de Down) e o rastreio neonatal de erros inatos do metabolismo, tratáveis, como o hipotireoidismo congénito, fenilcetonúria e galactosemia.

A prevenção terciária permite a minimização das consequências a longo prazo. Esta inclui a identificação precoce das condições e a instituição de terapias adequadas e serviços de reabilitação. Esta intervenção não se aplica somente à criança, mas ao contexto familiar incluindo programas de estimulação da criança, treino dos pais,

educação pré-escolar e serviços de apoio familiar, de modo a manter a família integrada e integra (Bryant, 2014).

1.1 Cuidados de enfermagem a crianças com défice cognitivo

Os enfermeiros, no exercício da sua profissão, assumem um importante papel na identificação de crianças com défice cognitivo. Os cuidados de enfermagem aplicados a estas crianças passam por promover o ótimo desenvolvimento social, físico, cognitivo e adaptativo, como também pela sua integração na família e comunidade.

Como já referido anteriormente, em recém-nascidos torna-se difícil identificar marcos de défice cognitivo, salvo em situações de síndromes com características distintas. De qualquer modo, como sinais precoces sugestivos de défice cognitivo, podemos salientar:

- Características dismórficas (síndrome de Down e microcefalia, por exemplo);
- Irritabilidade ou recusa de contacto;
- Atraso motor grave;
- Diminuição da atenção à voz ou ao movimento;
- Atraso ou dificuldade na linguagem;
- Dificuldade na alimentação e fraco contacto durante a mesma.

Para além destes sinais, o enfermeiro, durante a sua consulta, deverá estar atento e valorizar as preocupações manifestadas pelos pais, muitas vezes relacionadas com comparações feitas com os irmãos ou outros familiares.

Como forma de ajudar a avaliar o desenvolvimento da criança existem diversas escalas de acordo com a idade. No CDC é utilizado o teste de avaliação das competências do desenvolvimento SGS II, que foi adaptado e traduzido pelo PIIP. Este pode ser utilizado por psicólogos, médicos, pediatras, enfermeiros, educadores, entre outros. É baseado nas sequências de desenvolvimento concebidas por Mary Sheridan, tendo como objetivo fornecer um método preciso e exato de rastreio do desenvolvimento da criança do nascimento aos 5 anos, e que permite:

- Comparar a criança-alvo com a norma;
- Comparar a criança-alvo em diferentes tempos;

- Estabelecer se há atraso de desenvolvimento ou não;
- Fornecer indicadores da natureza do problema da criança;
- Indicar as áreas fortes e fracas da criança;
- Permitir observar desvios de desenvolvimento.

É um teste que se encontra dividido em 179 itens, agrupados em nove áreas do desenvolvimento: capacidades posturais passivas, posturais ativas, locomotoras, manipulativas e visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, capacidades de interação social e sociais de autonomia e, ainda, a cognição. É um teste rápido e fácil de aplicar.

Após o preenchimento da folha de registo em que não é necessário seguir a ordem das competências, tal como estão organizadas no teste, os resultados totais por escala, são transferidos para a folha de perfil, para obtermos os resultados finais. A cotação dos itens da “cognição” consiste na soma do número total de itens que estão assinalados com um círculo na folha de registo e que a criança conseguiu realizar. Esta escala tem a particularidade de se poder considerar a qualidade da execução de um item, assinalando a resposta com um “Q”, quando se constata que a qualidade do desempenho da criança num determinado item é pobre, mesmo que a tarefa tenha sido finalizada com sucesso (Bellman, Lingam & Aukett, 2003).

A utilização desta avaliação não deverá ser utilizada como uma regra absoluta para um encaminhamento da criança, mas sim como um indicador de que algo não está bem. Juntamente com a utilização desta avaliação é fundamental que o profissional tenha em consideração as questões genéticas, o pré-neonatal, a estrutura familiar, o percurso escolar, a interação social, as atividades lúdicas e a história clínica, sempre que seja necessário fazer uma intervenção mais eficaz. Nestas circunstâncias, a avaliação multidisciplinar feita por uma equipa de acompanhamento da criança é, geralmente, a melhor opção a seguir (*Ibid*).

Segundo Bryant (2014), todas as crianças devem ser sujeitas a avaliações regulares do desenvolvimento. Quando são identificadas alterações sugestivas de atraso do desenvolvimento, o enfermeiro deve comunicá-lo à equipa multidisciplinar, para que, em conjunto, se adequem as intervenções a adotar.

A suspeita de um diagnóstico de défice cognitivo pode ser devastadora para uma família. A intervenção do enfermeiro passa por ajudar a criança/família a adaptar-se

à nova situação, fornecer informações para corrigir eventuais equívocos, responder às perguntas e preocupações dos pais, fazer encaminhamento para aconselhamento ou informações adicionais, se necessário ou desejado (*Ibid*). Mas para que a ação tenha os resultados desejados, é necessário que os pais sejam envolvidos no processo de tomada de decisão e concordem com o desenvolvimento de qualquer ação que lhes seja recomendada (Bellman, Lingam & Aukett, 2003).

2. ESTUDO DE CASO

Um estudo de caso é, segundo Yin (1994), citado por Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto (2008), uma abordagem metodológica adequada, com o intuito de procurar compreender, explorar e descrever acontecimentos. Assim, a colheita de dados, chamada de “anamnese” revela-se bastante importante para a compreensão da situação.

Colheita de dados pode definir-se como um:

“processo organizado e sistemático de busca de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções suscetíveis de a ajudar” (Phaneuf, 2001, p.119).

A colheita de dados é realizada com o intuito de obter informações mais pormenorizadas acerca da situação de saúde em que o indivíduo se encontra, a todos os níveis, desde a mais objetiva à mais subjetiva.

Para a colheita foram utilizadas várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente os registos informáticos, a observação direta e as conversas formais, o que permite a obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação (Brunheira, s/d, citado por Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto, 2008).

2.1. Estudo de caso de “Isabel”

2.1.1 Colheita de dados na consulta de enfermagem

A “Isabel” é uma menina de 14 meses, fruto de uma primeira gestação, vigiada, sem intercorrências e de um parto eutócico, com boa adaptação à vida extrauterina.

A alimentação é diversificada, leite, papa, fruta, sopa, iogurtes, pão,...fazendo 6 a 7 refeições diárias, sem dificuldades na mastigação ou na deglutição. Não possui restrições/alergias alimentares. A mãe refere que a criança faz uma boa ingestão hídrica, aceitando a oferta da mãe e por vezes solicitando, tem micções frequentes e eliminação intestinal regular, 1 a 2 defeções diárias.

Os cuidados de higiene oral são realizados pela mãe cerca de duas vezes por dia (manhã e à noite). É uma criança que, durante o dia, tem alguma dificuldade em adormecer, mas faz a sesta. Durante a noite tem um sono tranquilo, dormindo cerca de 11 a 12 horas.

Tem o Programa Nacional de Vacinação atualizado, realizado no Centro de Saúde onde se encontra inscrita com médico de família atribuído.

Começou a andar sem desequilíbrio aos 14 meses de idade. Frequenta o jardim-de-infância desde os 4 meses de idade, com boa adaptação, bom relacionamento com a educadora e com as restantes crianças.

Em termos de evolução estado-ponderal:

- Peso: 12,4 Kg (P 97);
- Estatura: 74 cm ($15 < P_{est.} < 50$);
- Perímetro Cefálico: 45,5 cm (P 50).

Apresenta ptose palpebral desde os 10 meses de idade à esquerda.

A “Isabel”, inicialmente, manifestou muita renitência ao contacto, agarrando-se à mãe. À medida que fomos interagindo com a mãe, a criança ia cruzando o olhar connosco. Estabeleceu-se contacto através de um boneco que trazia, o que possibilitou que todas as intervenções fossem demonstradas primeiramente no boneco e na mãe, com a sua ajuda, e posteriormente na criança. Após esta abordagem, manifestou interesse na interação e na exploração do ambiente envolvente, ao brincar com os brinquedos presentes, adotando uma postura de aproximação.

A mãe, de 29 anos, e o pai são saudáveis e sem antecedentes patológicos. Neste momento encontram-se separados, estando a criança à guarda da mãe.

2.1.2 Situação de doença e consulta médica atual

A “Isabel” é uma criança de 14 meses de idade, que foi observada no Serviço de Urgência por apresentar ptose palpebral à esquerda, desde os 10 meses de idade, tendo sido solicitada uma consulta de neuromusculares para avaliação da situação, no CDC. Já realizou EMG.

Hoje, veio à consulta com as mesmas preocupações, sendo que a ptose, segundo a mãe, varia ao longo do dia. Suspeita, pelo médico de família, de estrabismo do mesmo lado.

No exame objetivo médico, a criança mostrou-se simpática e colaborante. Evidenciou estrabismo intermitente à esquerda e ptose palpebral do mesmo lado. Reflexos osteo-tendinosos e força muscular normal, reflexo cutâneo-plantar em flexão bilateral, marcha autónoma, embora um pouco instável.

Resultado da aplicação do teste de avaliação do desenvolvimento adaptado de SGS II (Anexo I), obteve-se o seguinte perfil (Anexo II):

- Locomoção, audição e linguagem e interação social – 18 meses;
- Manipulação, visão, autonomia e cognição – 18 meses;
- Fala e linguagem – 12 meses.

Face aos resultados do teste de avaliação do desenvolvimento SGS II, foi solicitada colaboração da neurologia, por suspeita de miastenia (Anexo III), ficando agendada nova avaliação do desenvolvimento para a próxima consulta médica.

2.1.3 Teste de avaliação das competências do desenvolvimento Schedule of Growing Skills II

Por sugestão médica, aplicou-se o teste de desenvolvimento SGS II, tendo sido explicado à mãe o objetivo desta avaliação: identificar algum atraso no desenvolvimento da “Isabel”. A mãe mostrou-se recetiva à avaliação e disponível para colaborar, conforme solicitação da educadora.

Esta escala de avaliação do desenvolvimento encontra-se devidamente preenchida no anexo I. De seguida é feita uma breve análise, relativamente a todas as capacidades avaliadas:

Capacidades Locomotoras - a criança pontuou em todos os itens à exceção dos itens 28 e 30-35, relativamente ao “movimento e balanço”. Nesta área do desenvolvimento, obteve pontuação 7, sendo que, com 14 meses já “corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos”, no entanto, ainda não “levanta um objeto do chão sem cair”.

Capacidades Manipulativas - esta área do desenvolvimento encontra-se dividida em:

- Mãos, demonstrou todas as capacidades definidas para a idade, obtendo 9 pontos;
- Cubos, a criança conseguiu fazer uma torre de 3 cubos (2 pontos), capacidade a adquirir aos 18 meses;
- Desenho, a criança “quase” consegue terminar a tarefa de fazer rabiscos “de cá para lá”;

Nesta área de desenvolvimento, a criança obteve um total de 11 pontos.

Capacidades Visuais - demonstra interesse pelas gravuras (capacidade definida para crianças com 18 meses). Obteve-se uma pontuação total de 12 pontos.

Audição e Linguagem - a criança manifesta ter adquirido todas as capacidades definidas para a idade, e ainda “aponta para duas partes do corpo” e “para partes do corpo da boneca” (18 meses) e “dá de beber à boneca” (24 meses). Obteve 11 pontos.

Fala e Linguagem - ao nível das vocalizações, a criança adquiriu todos os itens correspondentes. Quanto à linguagem expressiva apenas foi considerada “uma palavra com significado”. Este item: “Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização”, foi considerado como “quase adquirido” (15 meses). Nesta área a criança obteve uma pontuação total de 7.

Capacidades de Interação Social - é uma criança que, ao nível do comportamento social, imita atividades de vida diárias como “limpar o pó”, “varrer”, “pentear o cabelo”,... mostrando já alguma resistência quando contrariada. Relativamente ao

jogo, para além das capacidades próprias da idade, a “Isabel” “explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objetos com interesse”, “empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade” e “brinca sozinha perto da pessoa familiar”. Adquiriu 14 pontos.

Capacidade Sociais de Autonomia - relativamente à alimentação, a criança adquiriu as capacidades adequadas para a idade e ainda uma capacidade indicada para crianças de 18 meses, “Segura na chávena com ambas as mãos e bebe sem entornar muito”. Quanto à higiene, não pontuou em qualquer dos itens. Nesta área do desenvolvimento obteve 6 pontos.

Cognição - é uma criança que constrói torres, já faz alguns rabiscos, aponta para objetos e mostra interesse por gravuras, brinca sozinha junto de um familiar e explora brinquedos, obtendo nesta área 10 pontos.

A criança evidenciou uma atitude mais comunicativa e interativa em comparação com a consulta de enfermagem. Durante a aplicação da escala, realizada em conjunto com a educadora de ensino especial, a criança demonstrou uma atitude colaborativa, sem manifestar irritabilidade ou desconforto. Foi explorando os materiais, tais como os cubos, a boneca, a caneca, a escova, o livro e a bola com a qual brincou, bem como outros brinquedos disponíveis na sala.

A mãe, ao longo de toda a intervenção, colaborou na aplicação da escala, respondendo às solicitações da educadora, por exemplo, no pedido à criança de entrega de objetos expostos e na concretização de pequenas ordens (“Isabel”, dá de comer à boneca e/ou penteia a boneca”).

Após a avaliação da criança, recorreu-se ao cruzamento dos valores obtidos, na folha de perfil (Anexo II), o que permitiu concluir que a criança se encontra com o desenvolvimento adequado para a idade. Verifica-se que a Isabel nas áreas da manipulação, visão e autonomia apresenta um desenvolvimento adequado para uma criança com 14 meses. Evidencia-se um desenvolvimento correspondente aos 18 meses nas áreas da locomoção, audição e linguagem e na interação social. O desenvolvimento cognitivo vai ao encontro do desenvolvimento esperado numa criança de 15 meses. Apenas uma das áreas se encontra abaixo dos 14 meses de idade: a fala e a linguagem, localizando-se na idade correspondente aos 12 meses.

2.1.4 Diagnóstico de enfermagem

Perante os resultados obtidos na avaliação do desenvolvimento, a mãe deve incidir a sua intervenção na estimulação da fala e da linguagem. Assim, foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem:

Desenvolvimento da criança, comprometido.

- Informou-se a mãe dos resultados obtidos na avaliação do desenvolvimento;
- Comunicaram-se os resultados e todo o ambiente observado ao médico;
- Realizaram-se ensinios à mãe no sentido de a ajudar a estimular a criança na área problemática:
 - Estimular o desenvolvimento do vocabulário, incentivando a criança a pronunciar a palavra, em vez de um gesto, antes de satisfazer o seu pedido;
 - Substituir as perguntas por declarações (ex., em vez de perguntar “O que é isso?”, dizer “Olha para o gatinho!”);
 - Adquirir livros e ler as histórias à criança;
 - Brincar com a criança interagindo e estimulando a linguagem. Brincar ao faz de conta, solicitar alguns brinquedos de um conjunto deles, utilizando os termos corretos, por exemplo: cão e não “ão...ão”, carro e não “brum...brum”, são alguns exemplos;
- Como cuidados antecipatórios foram referidas algumas das capacidades esperadas na criança de 18 meses:
 - visualização de livros para estimular o virar de páginas;
 - reconhecer pormenores em gravuras, como, por exemplo, um pássaro pequeno numa árvore;
 - rabiscar em círculo;
 - subir as escadas de “gatas” e descer de “rabo”;
 - comer com colher sem entornar;
 - dar sinal de desconforto de fralda molhada.

Salvaguardou-se que *cada criança é uma criança* e que estas capacidades nem sempre são adquiridas nas idades pré-definidas, servindo como orientação para os pais, na promoção da saúde e prevenção da doença.

A mãe manifestou receptividade às intervenções e empenho em desenvolver estas atividades com a criança, em casa, proporcionando, deste modo, a estimulação da criança na área da fala e da linguagem.

2.2. Estudo de caso de “Afonso”

2.2.1 Colheita de dados na consulta de enfermagem

O “Afonso” é uma criança de 18 meses, fruto de uma segunda gravidez, vigiada e sem intercorrências. Nasceu de cesariana às 38 semanas de gestação, pesava 3,705 Kg (P 85), com estatura 48,5 cm (P 85), perímetro cefálico 35 cm ($50 < P_{pc} < 85$) e índice de Apgar 9/10. Faz uma alimentação diversificada, ingerindo sopa, segundo prato e fruta. Faz cerca de 6/7 refeições diárias, sem dificuldades na mastigação e deglutição. Sem restrições alimentares ou alergias alimentares conhecidas. A criança vai ingerindo água ao longo do dia conforme lhe é oferecida; não a solicita. A higiene oral é realizada pela mãe, pelo menos uma vez ao dia. Usa fralda, manifestando por vezes irritabilidade antes de defecar. As micções são frequentes ao longo do dia. Dorme com a mãe, tendo por vezes um sono agitado. Durante o dia dorme a sesta, em sono tranquilo e prolongado. Para adormecer, tem por hábito balancear a cabeça com algum vigor de um lado para o outro.

Inscrito no jardim-de-infância, mas há cerca de 3 meses que não comparece porque motivos de doença e, posteriormente, por opção da mãe, a quem fica entregue durante o dia. Criança inscrita no centro de saúde, com médico de família.

Aos 3 meses de idade sofreu um TCE, após embate frontal, acompanhado de vômitos e sonolência. Recorreu ao serviço de urgência, com 14 meses, por episódios paroxísticos compatíveis com espasmos de choro. Nos últimos 10 meses teve cerca de 7/8 episódios, com cianose labial, movimentos oculo-giratórios e hipertonia dos membros superiores, que revertem espontaneamente. Nas últimas 3 semanas teve apenas 3 episódios, demonstrando uma ligeira melhoria, visto anteriormente apresentar vários episódios por dia. Esta é a principal preocupação da mãe.

Fez EEG e não foram referidas quaisquer alterações.

A criança começou a sentar-se e a andar por volta dos 7 e 14 meses, respetivamente, apresentando uma boa progressão estado-ponderal:

Peso: 11,2 Kg ($50 < P_{\text{peso}} < 85$);

Estatura: 83 cm ($50 < P_{\text{est.}} < 85$);

Perímetro Cefálico: 47,5 cm (P 50).

A mãe, de 25 anos de idade, brasileira, desempregada, vive sozinha com o filho, uma vez que o marido, português, se encontra na Suíça a trabalhar, sendo o único sustento da família. Estabelecem contacto através da internet.

É uma senhora com história de doença depressiva, medicada com ansiolíticos que, quando o “Afonso” está doente, “não toma” (sic). A avó paterna tem epilepsia. Um primo em 2º grau, do lado paterno, apresenta atraso mental e uma prima défices sensoriais (surda-muda).

O “Afonso” é fruto de uma segunda relação de ambos os pais. A mãe tem uma filha de 6 anos, saudável, a viver no Brasil com a avó materna. O pai tem dois filhos saudáveis, a viverem com a mãe.

A mãe ao longo de toda a consulta manifestou a mesma preocupação que a fez recorrer ao Serviço de Urgência anteriormente. Ao longo da consulta demonstrou interesse e preocupação no bem-estar da criança.

O “Afonso” vinha no seu carrinho com os cintos devidamente colocados. Após algum tempo de permanência e durante as brincadeiras que lhe íamos dirigindo, manifestou interesse em ir para o chão. Com autorização da mãe, retirámos a criança do carrinho e este começou a deambular pela sala, alternando entre períodos em que observava o ambiente ao redor e períodos em que nos parecia apático.

Com o desenvolvimento da consulta, e dada a necessidade de avaliar os parâmetros estado-ponderais da criança, chamámos o “Afonso”, mas este parecia indiferente ao nosso chamamento, continuando a deambular pela sala, aparentemente sem qualquer objetivo.

No final da consulta, a mãe colocou-o de novo no carrinho, em segurança, sem que o “Afonso” manifestasse qualquer reação, e dirigiu-se para a sala de espera a aguardar a consulta médica.

2.2.2 Situação de doença e consulta médica atual

O “Afonso” é uma criança de 18 meses de idade.

A criança recorreu pela primeira vez ao serviço de urgência por episódios paroxísticos compatíveis com espasmos do choro, tendo sido posteriormente encaminhada para a consulta de doenças neuromusculares, no CDC. Segundo a mãe, ultimamente, estes episódios já não são tão frequentes e quando acontecem, a criança faz hiperextensão dos membros superiores e inferiores, por pouco tempo, vindo a si rapidamente. A mãe mostra-se preocupada, uma vez que a educadora do jardim-de-infância referiu que a criança poderia ter algum problema, porque, por vezes movimentava a cabeça de um lado para o outro com algum vigor.

Segundo o exame objetivo, a criança encontrava-se com bom estado geral.

Observou-se estrabismo, dismorfismo menor, pavilhões auriculares de implantação baixa e hipotelorismo (diminuição da distância normal entre órgãos pares, por ex. os olhos), características de fenótipo sugestivo de síndrome do X-Frágil (Anexo IV). Sem assimetrias faciais, força muscular mantida, tônus normal e hiperreflexia generalizada, sem sinais focais.

Da aplicação da escala de desenvolvimento SGS II (Anexo V), obteve-se o seguinte perfil de desenvolvimento (Anexo VI):

Locomoção e manipulação e interação social – 18 meses;

Visão, audição e linguagem e autonomia – 12 meses;

Fala e linguagem e cognição – 15 meses.

Perante os resultados da avaliação do desenvolvimento, a área da linguagem é a mais preocupante, assim foi dada indicação para a aplicação da escala M-CHAT (Anexo VII), para despiste de Autismo (Anexo VIII), apresentando 3 itens considerados críticos, num total de 6 falhas.

Perante o resultado do teste e dada a observação geral do comportamento da criança solicitou-se consulta de ORL para despiste de défice auditivo, oftalmologia e de Autismo conforme o resultado da Intervenção Precoce. Uma nova consulta foi agendada para daí a 6 meses, para realização de nova avaliação do desenvolvimento.

Perante as suspeitas da médica foram solicitadas ainda análises sanguíneas para despiste de síndrome do X-Frágil.

2.2.3 Teste de avaliação das competências do desenvolvimento Schedule of Growing Skills II

À mãe, foi explicada a pertinência da avaliação do desenvolvimento do “Afonso”, dado que é importante perceber se o seu desenvolvimento se encontra comprometido.

Seguidamente é apresentada uma breve análise, relativamente a todas as capacidades avaliadas, de acordo com o teste de avaliação do desenvolvimento SGS II (Anexo V):

Capacidades Locomotoras - o “Afonso” manifesta ter adquirido todas as capacidades adequadas à idade exceto: “corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos” (18 meses), contudo, já é capaz de subir as escadas de gatas e descer de “rabo”. Nesta área do desenvolvimento obteve-se uma pontuação de 8.

Capacidades Manipulativas - esta área do desenvolvimento encontra-se dividida em:

- Mãos, a criança já adquiriu todas as capacidades para a idade. 10 pontos;
- Cubos, a criança conseguiu fazer uma torre de 2 cubos, 1 ponto. Não conseguiu fazer uma torre de 3 cubos (18 meses);
- Desenho, a criança apenas consegue fazer rabiscos para cá e para lá, pouco definido e nada seguro, 1 ponto.
- Figura humana, sem pontuação, adequado para crianças dos 36 aos 60 meses.

Nesta área de desenvolvimento, a criança obteve 12 pontos.

Capacidades Visuais - nesta capacidade a criança obteve 5 pontos. Esta não “aponta” com precisão e com o dedo indicador objetos pequenos (12 meses), não manifesta interesse por gravuras (15 meses) ou a pormenores (18 meses). Quando manifesta interesse por algo que não consegue alcançar desinteressa-se (sic). Na compreensão pontuou em 5 itens, não pontuou no item correspondente ao interesse

por gravuras. O “Afonso” não manifestou qualquer interesse por livros. A mãe refere que não tem livros em casa e que a criança apenas houve histórias em filmes. Obteve uma pontuação total de 10.

Audição e Linguagem - nesta área de desenvolvimento a criança obteve um total de 7 pontos. Esta criança ainda não compreende a palavra “não” e “adeus”, ficando indiferente a ambas quando pronunciadas em momentos oportunos. Não manifesta capacidade em selecionar 2 objetos de 4 objetos (15 meses) e não reconhece partes do corpo quer seja nela própria ou numa boneca (18 meses).

Fala e Linguagem - a criança obteve uma pontuação total de 9. Na linguagem expressiva a mãe reconhece apenas as palavras “mama”, “papa”, “comer” e “luz” como palavras com significado (15 meses) sendo que o adequado será 7 palavras para os 18 meses. É uma criança que não repete palavras proferidas pelos adultos.

Capacidade de Interação Social - ao nível do comportamento social a criança pontuou em 9 itens, apesar de não dizer “adeus” faz “gracinhas” (observado ao longo da avaliação). Quanto ao jogo, foi considerado o item “encontra rapidamente o objeto escondido”, uma vez que este está ao seu alcance, no entanto é necessário ter em atenção o que a mãe verbalizou no que diz respeito às “Capacidades visuais”. No total a criança obteve 15 pontos.

Capacidade Sociais de Autonomia - relativamente à alimentação a criança ainda não adquiriu os itens correspondentes a capacidades a apresentar aos 12, 15 e 18 meses. Quanto à higiene, a criança manifesta desconforto quando está molhada. Nas capacidades sociais de autonomia adquiriu 5 pontos.

Cognição - 9 pontos

Durante a avaliação, a mãe manifestou-se ainda mais preocupada face ao desenvolvimento da criança. À medida que o teste ia sendo aplicado e ao questionar a mãe sobre as dificuldades que a criança manifesta, obteve-se muita informação sobre a sua vivência em Portugal, tendo manifestado o desejo de regressar ao país de origem.

Verificou-se que o “Afonso”, perante o cruzamento dos resultados encontrados (Anexo VI), apresenta um desenvolvimento abaixo do esperado para as áreas da

visão, audição e linguagem e autonomia (12 meses); a fala e linguagem são características de uma criança de 15 meses; as áreas da locomoção, manipulação e interação social evidenciam um desenvolvimento próprio para a sua idade. É uma criança que apresenta um desenvolvimento cognitivo de uma criança de 15 meses. Esta criança apresenta um déficit do desenvolvimento, em 5 áreas. Resta-nos questionar o porquê? Que intervenção planejar, programar? Qualquer resposta a estas questões deve ter em consideração o contexto da família e a situação de saúde da mãe, só assim poderemos planejar as intervenções a realizar, no sentido de promover o bom desenvolvimento e, consequentemente, o bem-estar familiar.

2.2.4 Escala Modified Checklist for Autism in Toddlers

Após comunicação dos resultados da escala SGS II, a médica solicitou a aplicação da escala M-CHAT. Esta escala tem como objetivo rastrear as perturbações do espectro do autismo e é composta por 23 questões colocadas à mãe, e as restantes através da observação da criança. Esta encontra-se preenchida no anexo VII.

Perante a análise dos dados o “Afonso” evidenciou falha em 6 questões, das quais 3 são consideradas áreas críticas, nomeadamente no relacionamento com outras crianças e na dificuldade em “apontar” e seguir com o olhar uma indicação de algo num determinado lugar.

Perante o resultado obtido e de acordo com os critérios de avaliação, o “Afonso” foi indicado para ser avaliado por profissionais de neurodesenvolvimento.

2.2.5 Diagnóstico de enfermagem

Ao longo da entrevista e da avaliação fomos nos apercebendo que é uma criança que, embora inscrita, não frequenta a escola e passa a maioria do tempo a brincar sozinha. A mãe, deprimida, refere passar grande parte do tempo ao telefone com a mãe que se encontra no Brasil, não interagindo muito com a criança.

A escola foi contactada durante a avaliação do desenvolvimento, na tentativa de saber informações acerca do comportamento da criança no jardim-de-infância. Foi referida essencialmente a dificuldade no relacionamento com as outras crianças, o

que se pode justificar por pertencer a uma família que se fecha em casa, sem qualquer contacto com outras pessoas adultas ou crianças.

Ao longo da avaliação, verificou-se que seria muito importante a relação entre mãe e filho, não só para a prestação de cuidados de higiene ou alimentares, mas também para o estabelecimento de vinculação, com a aquisição de capacidades comunicativas, relacionais e de cidadania. A criança ao longo da avaliação mostrou-se interessada na exploração do ambiente, sem manifestar qualquer constrangimento pelas pessoas estranhas, tendo contudo períodos em que parecia “estar no seu mundo”, com apatia e olhar vago, sem prestar qualquer atenção ao que lhe era dito ou solicitado. Colocou-se a hipótese de défice auditivo, mas ao estimular com uma maraca este respondia bem ao som, deslocando a cabeça na sua direção.

Colaborou melhor quando era chamado com “firmeza” e colocado ao colo, momentos em que se captava mais a sua atenção. À medida que o tempo foi passando, a criança reagia de outra forma ao chamamento, interagindo connosco e solicitando companhia para brincar. Inicialmente não demonstrou qualquer interesse por um livro e, no final, e ao colo, explorou o livro, abrindo, fechando e virando as páginas.

Perante os resultados obtidos na avaliação do desenvolvimento e dado o contexto em que a criança se encontra inserida, surgiram algumas dúvidas: Será que a criança tem mesmo algum atraso do desenvolvimento? Ou será apenas falta de estimulação? Assim, como diagnóstico de enfermagem foi considerado:

Desenvolvimento da criança, comprometido.

- Informou-se a mãe dos resultados obtidos na avaliação do desenvolvimento e do encaminhamento para a Intervenção Precoce na Infância;
- Comunicaram-se os resultados e todo o ambiente observado ao médico;
- Solicitou-se o apoio da Intervenção Precoce e contactou-se a escola onde a criança se encontra inscrita;
- Sensibilizou-se a mãe para os benefícios que o filho usufruiria se fosse colocado numa escola (na mesma onde se encontra inscrito ou noutra);

- Realizaram-se ensinos à mãe no sentido de a ajudar a estimular a criança nas áreas problemáticas:

- Estimulação do desenvolvimento do vocabulário, incentivando a criança a pronunciar a palavra, em vez do gesto, antes de satisfazer o seu pedido;
- Substituir as perguntas por declarações (ex. em vez de perguntar “o que é isso?”, dizer “olha para o gatinho”);
- Adquirir livros e ler as histórias à criança;
- Brincar com a criança interagindo e estimulando a linguagem (brincar ao faz de conta, solicitar alguns brinquedos de um conjunto, utilizando os termos corretos, por exemplo: cão e não “ão...ão”, carro e não “brum...brum”). Contudo, aceitam-se expressões características da cultura brasileira, como por exemplo “nênem” em vez de “bebê”, entre outras.
- Demonstrar o significado da palavra “não” e “adeus”;
- Estimular o “apontar”, quer sejam objetos em ambiente familiar, quer em livros, ou do meio envolvente;
- Ensinar/identificar partes do corpo, primeiro numa pessoa ou nele próprio e, posteriormente, em bonecos;
- Estimular a criança a pegar em lápis e/ou canetas e fazer rabiscos;
- Solicitar à criança ajuda para a realização de pequenas atividades/tarefas/ordens (ex.: limpar a mesa da refeição, limpar a boca, pentear-se, colocar algo no lixo, ir buscar a chupeta, a fralda, o sapato, o casaco, ajudar a colocar as meias na gaveta). São tarefas simples que permitem envolver, criar uma relação e a captar-lhe a atenção;
- Durante a refeição incentivar/ajudar a segurar a colher e a comer sozinho.

- Incentivar a mãe a sair de casa com a criança, para que interaja com outros adultos e crianças.

A mãe demonstrando preocupação com o bem-estar e conforto da criança, foi recetiva às sugestões, colocando questões à medida que íamos conversando sobre possíveis formas de ajudar a criança.

NOTA FINAL

A deteção e intervenção precoces são essenciais para que a criança com fatores de risco suspeitos, tenha mais oportunidades de desenvolver as competências adequadas para a sua idade, daí que a aplicação da escala do desenvolvimento SGS II, seja de extrema importância para situações como a do “Afonso” e da “Isabel”, entre muitas outras.

A elaboração destes dois estudos de caso foram uma importante ferramenta de aprendizagem que me permitiu desenvolver competências na implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade e reinserção social; promover o desenvolvimento e o crescimento infantil (OE, 2010), ou seja competências técnicas, científicas, pessoais e relacionais. Por outro lado, permitiu-me estabelecer contactos com recursos comunitários de suporte à família com necessidade de cuidados, apoiando a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (*Ibid*).

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, C., Pinto, E. M. F, Lopes, J., Nogueira, L. & Pinto, R. (2008). Estudo de caso. Dissertação de mestrado em educação. Área de Especialização em Tecnologia. Universidade do Minho. Instituto de educação e psicologia, Minho.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos*, 1ª Ed. Lisboa: CEGOC.
- Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 964-1004). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Direção Geral de Saúde (2013) - Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 15-07-2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 19-01-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Anexo I – Resultados da aplicação do teste de avaliação das competências do desenvolvimento de “Isabel”

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: "Isabel"

Nº de Processo: _____

D.N.: ____/____/____

Idade: 14 meses

Idade corrigida: _____

Teste efectuado por: _____

DATA DAS AVALIAÇÕES				DATA DAS AVALIAÇÕES			
CAPACIDADES POSTURAIS PASSIVAS (0-6M)				16 Mantém-se sentado por períodos prolongados (1)			
POSIÇÃO SUPINA				17 Passa para a posição sentado de decúbito ventral e dorsal (1)			
1 Cabeça na linha média (1)				18 Apoiar algum peso nos M. Inferiores (1)			
2 Levanta as pernas para vertical e agarra os pés (1)				19 Apoiar todo o peso nos M. Inferiores (1)			
SUSPENSÃO VENTRAL				20 Mantém-se de pé agarrado (1)			
3 Cabeça alinhada com corpo, ancas semi-estendidas (1)				21 Põe-se de pé sozinho agarrado à mobília (1)			
4 Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros estendidos (1)				PONTUAÇÃO DA POSTURA ACTIVA			
TRACÇÃO PARA POSIÇÃO SENTADA				CAPACIDADES LOCOMOTORAS (9-60 M)			
5 Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente (1)				MOVIMENTO E BALANÇO			
6 Pouca queda da cabeça (1)				22 Desloca-se rebolando e arrastando-se (1)			
7 Tracção pelas mãos faz força para se sentar (1)				23 * Tenta gatear (por vezes para trás) (1)			
POSIÇÃO SENTADO (APOIADO)				24 Caminha pela mão (1)			
8 Dorso moderadamente curvado, levanta momentaneamente a cabeça (1)				25 Caminha agarrado à mobília ou empurrar brinquedos com rodas (1)			
9 Costas direitas (1)				26 Caminha sozinho, pés afastados e braços levantados para equilíbrio (1)			
PONTUAÇÃO DA POSTURA PASSIVA				27 Pés apenas um pouco afastados, já dá curvas e pára subitamente (1)			
CAPACIDADES POSTURAIS ACTIVAS (0-12 M)				28 Levanta um objecto do chão sem cair (1)			
DECÚBITO VENTRAL				29 Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos (1)			
10 Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdómen, com ancas levantadas, braços encostados ao torax com cotovelos flectidos (1)				30 Salta com pés juntos do último degrau (1)			
11 Cabeça de lado, membros flectidos, cotovelos afastados do torax, ancas moderadamente levantadas (1)				31 * Consegue caminhar em "bicos dos pés" (1)			
12 Levanta a cabeça e torax com apoio nos antebraços. Ancas planas (1)				32 * Consegue correr em bicos dos pés (1)			
13 Apoiar peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (1)				33 Salta num pé 3 passos (1)			
14 Passa para a posição de gatas (1)				34 * Marcha pé-ante-pé 4 passos (3 tentativas) (1)			
POSIÇÃO SENTADA				35 * Mantém-se 8 segundos apoiado em cada pé (1)			
15 Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (1)				ESCADAS			
				36 Sobe escadas de gatas e desce de "rabo" (1)			
				37 Sobe escadas pela mão c/ 2 pés no mesmo degrau (1)			
				38 Sobe e desce escadas acompanhado com 2 pés no mesmo degrau (1)			
				39 * Sobe (alterna pés) e desce (2 pés) escadas sozinho (1)			
				40 * Sobe e desce escadas sozinho - 1 pé em cada degrau (1)			
				41 Sobe escadas a correr (1)			
				PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS			
				7			

Apêndice VI

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES		ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			
CAPACIDADES MANIPULATIVAS							
MÃOS							
42	Mãos fechadas e polegar flexido (1)	1	✓	(80)	Aponta para objectos distantes (12)	5	✓
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos (2)	2	✓	(81)	Mostra-se interessado em gravuras (13)	6	✓
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (2)	3	✓	(82)	Reconhece detalhes em livros e gravuras (14)	7	-
45	Preensão palmar usando toda a mão (4)	4	✓	(83)	Completa placa círculo, quadrado e triângulo (24)	8	-
46	Transfere objectos (4)	5	✓	(84)	Completa placa dos peixes (24)	9	-
47	Segura 2 cubos um em cada mão e junta-os (4)	6	✓	(85)	Reconhece detalhes minúsculos em livros (24)	10	-
48	Pega num pequeno objecto entre polegar e indicador com pinça imperfeita (11)	7	✓	(86)	Combina 2 cores primárias (24)	11	-
49	Pinça correcta (12)	8	✓	(87)	Combina 4 cores primárias (24)	12	-
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (12)	9	✓	(88)	Combina 10 cores (14)	13	-
51	Vira páginas dum livro (várias de cada vez) (11)	10	-	89	Coopera c/ teste de visão de carta linear (6 metros) (14)	14	-
52	Vira uma página de cada vez (24)	11	-	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS			12
53	* Pregos dentro da chavena em 30 seg. 10 + (3 tentativas) (24)	12	-				
54	* Pregos na placa em 30 seg. 8 + (3 tentativas) (24)	13	-	AUDIÇÃO E LINGUAGEM			
CUBOS			FUNÇÃO (0-12 M)				
55	* Torre de 2 (11)	1	✓	90	Assusta-se com ruído súbito (14)	1	✓
56	Torre de 3 (12)	2	✓	91	Responde à voz ou som suave (2)	2	✓
57	Torre de 4 - 6 (24)	3	-	92	Orienta-se para a voz da mãe (3)	3	✓
58	* Torre de 7 + (24)	4	-	COMPREENSÃO			
59	* Copia ponte (24)	5	-	93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora (11)	1	✓
60	* Constrói 3 degraus com 6 cubos após demonstração (14)	6	-	94	Atento aos sons rítmicos (11)	2	✓
DESENHO				95	Compreende "não / adeus" (11)	3	✓
61	Rabisca para cá e para lá (11)	1	Q	96	Reconhece o seu próprio nome (12)	4	✓
62	Rabisco circular (14)	2	-	97	* Mostra compreensão: os nomes de pessoas ou objectos familiares (12)	5	✓
63	* Imita linha vertical e/ou horizontal (14)	3	-	98	* Selecciona a pedido 2 objectos de 4 (11)	6	-
64	* Imita círculo (24)	4	-	99	Aponta para 2 partes do corpo - Nãos e mãos (14)	7	✓
65	* Imita cruz (24)	5	-	100	Aponta para partes do corpo da boneca - olhos e barriga (14)	8	✓
66	* Copia quadrado (14)	6	-	101	* Segue ordem de 2 passos - "Da de beber à boneca" (24)	9	✓
FIGURA HUMANA				102	* Compreende os verbos das gravuras (24)	10	-
67	* Cabeça e uma outra parte (24)	1	-	103	* Compreende as funções dos objectos das gravuras (24)	11	-
68	* Cabeça, pernas e (geralmente) braços e dedos (14)	2	-	104	* Segue instruções com preposições (24)	12	-
69	* Cabeça, tronco, pernas e braços e outras características (14)	3	-	105	* Compreende adjectivos de tamanho (24)	13	-
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS			11	106	* Compreende negativos (24)	14	-
CAPACIDADES VISUAIS				107	* Cumpre uma ordem com 2 instruções (14)	15	-
FUNÇÃO (0-12 M)				108	* Compreende questões mais complicadas (14)	16	-
70	Volta-se para a luz difusa (14)	1	✓	109	* Cumpre ordem com 3 instruções (14)	17	-
71	Segue brevemente loco a 30 cm distância (1)	2	✓	110	* Compreende negativos em instruções complexas (14)	18	-
72	Fixa a face ou objecto na linha da visão e segue-o com os olhos < 90° (1)	3	✓	PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM			11
73	Segue objecto 180° (1)	4	✓				
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (1)	5	✓	FALA E LINGUAGEM			
75	Aponta com o indicador com precisão para pequeno objecto (12)	6	✓	VOCALIZAÇÃO (0-12 M)			
COMPREENSÃO				111	Sons guturais ocasionais (1)	1	✓
76	Observa objecto que cai e esquece-o rapidamente (1)	1	✓	112	Vocaliza quando satisfeito (2)	2	✓
77	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (1)	2	✓	113	Rir e grita durante o jogo (1)	3	✓
78	Procura brinquedo escondido (1)	3	✓	114	Palra continuamente para atrair atenção (1)	4	✓
79	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (1)	4	✓	115	Imita sons dos adultos (tosse, bin) (1)	5	✓
				LINGUAGEM EXPRESSIVA			
				116	Jargon incessante contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (1)	1	✓

Apêndice VI

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES		
117	Uma palavra com significado (12)	2	✓	149	Encontra rapidamente objecto escondido (12)	3	✓
118	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (13)	3	Q	150	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse (13)	4	✓
119	Várias palavras com significado (pelo menos 4) (13)	4	-	151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar (13)	5	✓
120	Usa mais de 7 palavras com significado (13)	5	-	152	Empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade (13)	6	✓
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (13)	6	-	153	Chuta bola pequena (14)	7	✓
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (14)	7	-	154	Atra com a mão bola pequena (14)	8	-
123	Nomeia objectos e gravuras familiares (14)	8	-	155	* Sabe aguardar pela sua vez no jogo (14)	9	-
124	Fala geralmente compreendida pela mãe (14)	9	-	156	Jogo imaginativo complicado, cumpre regras (14)	10	-
125	Usa palavras interrogativas (O quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (p.e., mim, tu) (14)	10	-	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			14
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos (14)	11	-	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA (6-60 M)			
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais (14)	12	-	ALIMENTAÇÃO			
128	* Dá apropriada/ conta de acontecimentos recentes (14)	13	-	157	Segura no biberon quando está a ser alimentado (15)	1	✓
129	Discurso fluente e claro (14)	14	-	158	Tenta pegar na colher (15)	2	✓
130	* Frases de 5 + palavras (14)	15	-	159	Segura, morde e mastiga uma bolacha (15)	3	✓
131	* Descreve sequência de acontecimentos (14)	16	-	160	Bebe por um copo com ajuda (12)	4	✓
132	* Consegue explicar acontecimentos (14)	17	-	161	Segura na colher mas não se alimenta (12)	5	✓
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DA FALA E LINGUAGEM			7	162	Segura na colher, leva-a à boca mas não consegue deixar de entornar (15)	6	-
CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL				163	Segura na chávena com ambas as mãos e bebe sem entornar muito (14)	7	✓
COMPORTAMENTO SOCIAL				164	Come com colher sem entornar (14)	8	-
133	Somri à estimulação social (1)	1	✓	165	Levanta o copo, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade (14)	9	-
134	Responde ao tratamento carinhoso (1)	2	✓	166	Come perfeitamente com colher (14)	10	-
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas (1)	3	✓	167	Come com colher e garfo (14)	11	-
136	Leva tudo à boca (1)	4	✓	168	Come perfeitamente com pouquíssima ajuda (14)	12	-
137	Mostra-se irritado quando frustrado (13)	5	✓	169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição (14)	13	-
138	Faz gracinhas e acena "adeus" (12)	6	-	HIGIENE 1 (171 - 175) HIGIENE 2 (176 - 180)			
139	Curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta (12)	7	✓	170	Dá sinal quando está molhado ou com fezes (11)	1	-
140	Imita actividades simples da vida diária (13)	8	Q	171	Dá sinal antes de fazer (irritabilidade / vocalização) (11)	2	-
141	* Resistente e rebelde quando contrariado (14)	9	-	172	Seco durante o dia (14)	3	-
142	Brinca c/ outras crianças mas não partilha brinquedos (14)	10	-	173	Verbaliza a necessidade de ir à toliete em tempo razoável (14)	4	-
143	* Partilha brinquedos e a atenção dos adultos (14)	11	-	174	Geralmente seco durante a noite (14)	5	-
144	* Mostra-se preocupado com irmãos e amigos (14)	12	-	175	Lava as mãos (14)	1	-
145	Conforta activamente irmãos e amigos (14)	13	-	176	Lava e seca as mãos e escova os dentes (14)	2	-
146	Nomeia o melhor amigo (14)	14	-	177	Lava e seca mãos e cara, com competência (14)	3	-
JOGO				178	Veste-se e despe-se sozinho (s/ botões e fechos) (14)	4	-
147	Quando lhe é oferecida uma roca, agarra-a e abana-a para obter som (1)	1	✓	179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos) (14)	5	-
148	Encontra um objecto parcialmente escondido (1)	2	✓	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA			6

* Estes itens são explicados nas instruções

Apêndice VI

Anexo II – Folha do Perfil de “Isabel”

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Folha do Perfil

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

:: HPC - Centro de Desenvolvimento da Criança ::

Nome: "Isabel" N° de Processo: _____

D.N.: ____/____/____ Idade: 14 meses Data da Observação: ____/____/____

Avaliação efectuada por: _____

Áreas											
Idade (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	Idade (meses)
60 m			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32	60 m
48 m			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28	48 m
36 m			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 m
30 m			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20	30 m
24 m			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16	24 m
18 m			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 m
15 m			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9	15 m
12 m		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6	12 m
10 m		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4	10 m
8 m		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2	8 m
6 m	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1	6 m
3 m	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2			3 m
1 m	3 2 1	2		1	3 2		1	1			1 m
0 m		1			1	1					0 m
Áreas	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
* Qualidade											

* Use um "X" para indicar preocupação relativamente à qualidade da performance.

Miastenia Gravis

Miastenia *Gravis* apresenta-se com fadiga muscular anormal que melhora com o repouso (Lissauer & Clayden, 2002). É causada por um defeito de transmissão neuromuscular devido a um ataque mediado por anticorpos aos recetores nicotínicos para a acetilcolina (Penn & Rowland, 1997).

Esta doença é relativamente rara na infância. A sua incidência em crianças com idade inferior a 18 anos é de 1 para um milhão (Cirillo, 2008, citado por Wilson, 2014). A Miastenia juvenil é idêntica à observada em adultos e tem geralmente o seu início após os 10 anos, mas podem surgir em idades precoces, como aos 2 anos de idade. O género feminino é mais afetado que o masculino (Wilson, 2014).

É uma doença crónica, que afeta cerca de 100 indivíduos em cada milhão, caracterizada pela diminuição da força muscular flutuante, com repercussões preferenciais em alguns grupos de músculos esqueléticos. A etiologia precisa da doença ainda não é conhecida, embora seja aceite que possa existir influência de patologia associada do timo ou alguma predisposição genética. São características fundamentais da doença a paralisia geral dos músculos óticos com ptose e diplopia. Dificuldade em deglutir, mastigar e falar são também manifestações clínicas, acompanhadas de fraqueza e paralisia de todos os músculos esqueléticos. Estes sintomas são mais evidentes ao fim da tarde e da noite (*Ibid*).

Existe uma vulnerabilidade acrescida de alguns grupos musculares, geralmente os das pálpebras e responsáveis pelos movimentos oculares e em menor grau os da face, mandíbula, orofaringe e pescoço (<http://www.linharara.pt>).

Gestão de cuidados de enfermagem

As crianças com Miastenia necessitam de supervisão médica e de enfermagem. Como cuidados há a referir a importância de informar os pais da administração correta da medicação (fármacos inibidores da colinesterase) e dos efeitos secundários (sinais de estimulação parassimpática como o lacrimejo, sialorreia, câibras abdominais, sudação, diarreia, vômitos, bradicardia e fraqueza dos músculos

respiratórios). É importante alertar os pais para a promoção de um estilo de vida que minimize o *stress* e maximize o relaxamento. Devem também ser alertados para a exacerbação súbita de crises de Miastenia, após *stress* emocional, recebendo formação na prestação de cuidados a nível respiratório até à chegada de ajuda ou até ser possível o seu transporte até aos cuidados médicos (Wilson, 2014).

BIBLIOGRAFIA

<http://www.linharara.pt>. Acedido a 23-01-2014.

Lissauer, T. & Clayden, G. (2002). *Manual ilustrado de Pediatria* 2.^aed. (Vasconcelos, M. M. Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Tradução do original do inglês *Illustrated Textbook of Paediatrics*, 2002).

Penn, A. S. & Rowland, L. P. (1997). Distúrbios da junção neuromuscular. In L. P. Rowland. (1997). *Merritt Tratado de Neurologia*. (Mundim, F. D., Trad.) (9^aed.) (pp. 595-603). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (tradução do inglês *Merritt's Textbook of Neurology*, 1995).

Wilson, D. (2014). A criança com disfunção neuromuscular ou muscular. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9^aed.) (Vol II). (pp. 1798-1844). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 9th ed., 2011).

Síndrome de X-Frágil

A síndrome de X-Frágil é a causa hereditária mais comum de déficit cognitivo e a segunda causa genética mais comum, a seguir à síndrome de Down. Esta síndrome afeta mais gravemente os homens do que as mulheres.

É causada pela mutação anormal no gene FMR1, na extremidade inferior do braço longo do cromossoma X, que resulta em repetições excessivas de pares de bases de nucleótidos de um segmento do ácido desoxirribonucleico (ADN) específico do cromossoma X. Num indivíduo normal o número de repetições é de 5 a 40 vezes. Repetições entre os 55 a 200 é uma pré-mutação e diz-se que é portador. Quando as repetições surgem de pai para filhos, as repetições podem chegar a valores entre os 200 e 2000, o que constitui uma mutação completa. Cerca de 80% dos homens com mutação completa têm manifestações da síndrome, enquanto que nas mulheres apenas 30% manifestam a síndrome.

Manifestações Clínicas

Em adultos as manifestações clínicas são mais visíveis e caracterizam-se por face longa e mandíbula proeminente (prognatismo), pavilhões auriculares grandes e salientes, testículos grandes (macroorquidismo).

Em crianças, antes da puberdade, as manifestações são menos evidentes. Bryant (2014) apresenta como manifestações clínicas da Síndrome X-Frágil:

Características físicas

- Orelhas longas, largas ou salientes;
- Rosto comprido e estreito, com prognatismo;
- Testículos aumentados;
- Fendas palpebrais alongadas;
- Palato alto e arqueado;
- Estrabismo;
- Aumento da circunferência cefálica;
- Prolapso da válvula mitral e dilatação da raiz da aorta;

- Hipotonia;
- Articulações dos dedos hiperextensíveis;
- Prega transpalmar;
- Pé plano.

Características comportamentais

- Défice cognitivo leve a grave (ocasionalmente coeficiente de inteligência - QI, normal, mas com dificuldades de aprendizagem);
- Poderá manifestar mais dificuldade na linguagem expressiva do que na linguagem recetiva;
- Atraso na linguagem (a fala pode ser rápida, acompanhada de gaguez e repetição de palavras);
- Défice de atenção e hiperatividade;
- Hipersensibilidade ao paladar, som e toque;
- Intolerância a mudanças de rotina;
- Comportamento tipo autismo: ansiedade social, aversão ao olhar e sensibilidade à estimulação sensorial;
- Possibilidade de comportamento agressivo.

A síndrome do X-Frágil não tem cura. O tratamento inclui a administração de medicação à base de serotonina para controlar o temperamento e estimulantes do sistema nervoso central, para melhorar a atenção e a diminuição da hiperatividade. Para além destes cuidados é igualmente importante uma abordagem física associada à síndrome.

Gestão dos cuidados de enfermagem

Crianças e adolescentes com síndrome do X-Frágil geralmente têm necessidades educativas especiais e devem ser encaminhados para a estimulação inicial de desenvolvimento e programas educacionais. A maioria das crianças tem dificuldades com a matemática e linguagem expressiva. Como pontos fortes, estas crianças possuem numerosas aptidões e competências que podem e devem ser

maximizadas com uma intervenção e enquadramento adequados: notável empatia e sociabilidade, excelente memória, grande intensidade nos interesses, extraordinária capacidade de imitação e um incrível sentido de humor.

O diagnóstico e a intervenção terapêutica precoces, e um enquadramento correto que permita a aquisição por imitação de comportamentos socialmente adequados, podem fazer toda a diferença. Intervenções ao nível da terapia ocupacional, da fala, psicomotricidade e outras, incluindo, quando indicado, a terapia farmacológica, podem ajudar a maximizar as aptidões. Desta forma, todas estas crianças deverão ser encaminhadas para a intervenção precoce (Bryant, 2014).

BIBLIOGRAFIA

Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 964-1004). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).

<http://www.fragilex.org/fragile-x-associated-disorders/fragile-x-syndrome/autism-and-fragile-x-syndrome/>. Acedido em 2014-01-03.

http://www.uptodate.com/contents/search?sp=2&source=USER_PREF&search=SINDROME+DE+X-FR%C3%81GIL&searchType=PLAIN_TEXT. Acedido em 2014-01-03.

Lissauer, T. & Clayden, G. (2002). *Manual ilustrado de Pediatria* 2.ªed. (Vasconcelos, M. M., Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Tradução do original do inglês Illustrated Textbook of Paediatrics, 2002).

Anexo V – Resultados da aplicação do teste de avaliação das competências do
desenvolvimento de “Afonso”

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: "Afonso"	Nº de Processo: _____
D.N.: ____/____/____	Idade: 18 meses
Idade corrigida: _____	
Teste efectuado por: _____	

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES				ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			
CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS (0-6M)					16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (16)	2		
POSIÇÃO SUPINA					17	Passa para a posição sentado de decúbito ventral e dorsal (17)	3		
1	Cabeça na linha média (1)	1			APOIO NOS MEMBROS INFERIORES				
2	Levanta as pernas para vertical e agarra os pés (2)	2			18	Apoia algum peso nos M. Inferiores (18)	1		
SUSPENSÃO VENTRAL					19	Apoia todo o peso nos M. Inferiores (19)	2		
3	Cabeça alinhada com corpo, ancas semi-estendidas (3)	1			20	Mantém-se de pé agarrado (20)	3		
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros estendidos (4)	2			21	Põe-se de pé sozinho agarrado à mobília (21)	4		
TRACÇÃO PARA POSIÇÃO SENTADA					PONTUAÇÃO DA POSTURA ACTIVA				
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente (5)	1			CAPACIDADES LOCOMOTORAS (9-60 M)				
6	Pouca queda da cabeça (6)	2			MOVIMENTO E BALANÇO				
7	Tracção pelas mãos faz força para se sentar (7)	3			22	Desloca-se rebolando e arrastando-se (22)	1	✓	
POSIÇÃO SENTADO (APOIADO)					23	* Tenta ganhar (por vezes para trás) (23)	2	✓	
8	Dorso moderadamente curvado, levanta momentaneamente a cabeça (8)	1			24	Caminha pela mão (24)	3	✓	
9	Costas direitas (9)	2			25	Caminha agarrado à mobília ou empurrar brinquedos com rodas (25)	4	✓	
PONTUAÇÃO DA POSTURA PASSIVA					26	Caminha sozinho, pés afastados e braços levantados para equilíbrio (26)	5	✓	
CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS (0-12 M)					27	Pés apenas um pouco afastados, já dá curvas e pára subitamente (27)	6	✓	
DECUBITO VENTRAL					28	Levanta um objecto do chão sem cair (28)	7	✓	
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdómen, com ancas levantadas, braços encostados ao tórax com cotovelos flectidos (10)	1			29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos (29)	8	-	
11	Cabeça de lado, membros flectidos, cotovelos afastados do tórax, ancas moderadamente levantadas (11)	2			30	Salta com pés juntos do último degrau (30)	9	-	
12	Levanta a cabeça e tórax com apoio nos antebraços. Ancas planas (12)	3			31	* Consegue caminhar em "bicos dos pés" (31)	10	-	
13	Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (13)	4			32	* Consegue correr em bicos dos pés (32)	11	-	
14	Passa para a posição de gatas (14)	5			33	Salta num pé 3 passos (33)	12	-	
POSIÇÃO SENTADA					34	* Marcha pé-ante-pé 4 passos (3 tentativas) (34)	13	-	
15	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (15)	1			35	* Mantém-se 8 segundos apoiado em cada pé (35)	14	-	
					ESCADAS				
					36	Sobe escadas de gatas e desce de "rabo" (36)	1	✓	
					37	Sobe escadas pela mão c/ 2 pés no mesmo degrau (37)	2	-	
					38	Sobe e desce escadas acompanhado com 2 pés no mesmo degrau (38)	3	-	
					39	* Sobe (alterna pés) e desce (2 pés) escadas sozinho (39)	4	-	
					40	* Sobe e desce escadas sozinho - 1 pé em cada degrau (40)	5	-	
					41	Sobe escadas a correr (41)	6	-	
					PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS				
					8				

Apêndice VI

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES		ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			
CAPACIDADES MANIPULATIVAS							
MÃOS							
42	Mãos fechadas e polegar flectido (1)	1 ✓	80	Aponta para objectos distantes (12)	5 ✓		
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos (2)	2 ✓	81	Mostra-se interessado em gravuras (15)	6	Q	
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3)	3 ✓	82	Reconhece detalhes em livros e gravuras (16)	7	-	
45	Preensão palmar usando toda a mão (4)	4 ✓	83	Completa placa círculo, quadrado e triângulo (24)	8	-	
46	Transfere objectos (5)	5 ✓	84	Completa placa dos peixes (24)	9	-	
47	Segura 2 cubos um em cada mão e junta-os (6)	6 ✓	85	Reconhece detalhes minúsculos em livros (24)	10	-	
48	Pega num pequeno objecto entre polegar e indicador com pinça imperfeita (16)	7 ✓	86	Combina 2 cores primárias (24)	11	-	
49	Pinça correcta (12)	8 ✓	87	Combina 4 cores primárias (24)	12	-	
50	Atrai deliberadamente os brinquedos ao chão (12)	9 ✓	88	Combina 10 cores (24)	13	-	
51	Vira páginas dum livro (várias de cada vez) (16)	10 ✓	89	Coopera o teste de visão de carta linear (6 metros) (24)	14	-	
52	Vira uma página de cada vez (24)	11					
53	* Pregos dentro da chavena em 30 seg. 10 + (3 tentativas) (24)	12	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS		10		
54	* Pregos na placa em 30 seg. 8 + (3 tentativas) (24)	13					
CUBOS			AUDIÇÃO E LINGUAGEM				
55	* Torre de 2 (15)	1 ✓	FUNÇÃO (0-12 M)				
56	* Torre de 3 (15)	2	90	Assusta-se com ruído súbito (24)	1 ✓		
57	* Torre de 4 - 6 (24)	3	91	Responde à voz ou som suave (2)	2 ✓		
58	* Torre de 7 + (24)	4	92	Orienta-se para a voz da mãe (4)	3 ✓		
59	* Cópia ponte (24)	5	COMPREENSÃO				
60	* Constrói 3 degraus com 6 cubos após demonstração (24)	6	93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora (4)	1 ✓		
DESENHO			94	Atento aos sons rítmicos (4)	2 ✓		
61	* Rabisca para cá e para lá (15)	1 ✓	95	Compreende "não / adeus" (16)	3		
62	* Rabisco circular (16)	2	96	Reconhece o seu próprio nome (12)	4 ✓		
63	* Imita linha vertical e/ou horizontal (24)	3	97	* Mostra compreender: os nomes de pessoas ou objectos familiares (12)	5 ✓		
64	* Imita círculo (24)	4	98	* Selecciona a pedido 2 objectos de 4 (15)	6		
65	* Imita cruz (24)	5	99	Aponta para 2 partes do corpo - Nãos e mãos (16)	7		
66	* Cópia quadrado (24)	6	100	Aponta para partes do corpo da boneca - olhos e barriga (16)	8		
FIGURA HUMANA			101	* Segue ordem de 2 passos - "Da de beber a boneca" (24)	9		
67	* Cabeça e uma outra parte (24)	1	102	* Compreende os verbos das gravuras (24)	10		
68	* Cabeça, pernas e (geralmente) braços e dedos (24)	2	103	* Compreende as funções dos objectos das gravuras (24)	11		
69	* Cabeça, tronco, pernas e braços e outras características (24)	3	104	* Segue instruções com preposições (24)	12		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS		12	105	* Compreende adjectivos de tamanho (24)	13		
CAPACIDADES VISUAIS			106	* Compreende negativos (24)	14		
FUNÇÃO (0-12 M)			107	* Cumpre uma ordem com 2 instruções (24)	15		
70	Volta-se para a luz difusa (24)	1 ✓	108	* Compreende questões mais complicadas (24)	16		
71	Segue brevemente loco a 30 cm distância (1)	2 ✓	109	* Cumpre ordem com 3 instruções (24)	17		
72	Fixa a face ou objecto na linha da visão e segue-o com os olhos < 90° (1)	3 ✓	110	* Compreende negativos em instruções complexas (24)	18		
73	Segue objecto 180° (2)	4 ✓	PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM		7		
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (2)	5 ✓					
75	Aponta com o indicador com precisão para pequeno objecto (12)	6 Q	FALA E LINGUAGEM				
COMPREENSÃO			VOCALIZAÇÃO (0-12 M)				
76	Observa objecto que cai e esquece-o rapidamente (4)	1 ✓	111	Sons guturais ocasionais (1)	1 ✓		
77	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (4)	2 ✓	112	Vocaliza quando satisfeito (2)	2 ✓		
78	Procura brinquedo escondido (4)	3 ✓	113	Ri e grita durante o jogo (4)	3 ✓		
79	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (16)	4 ✓	114	Palra continuamente para atrair atenção (4)	4 ✓		
			115	Imita sons dos adultos (tosse, b/n) (16)	5 ✓		
			LINGUAGEM EXPRESSIVA				
			116	Jargão incessante contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (12)	1 ✓		

Apêndice VI

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES				ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			
117	Uma palavra com significado (12)	2	✓		149	Encontra rapidamente objecto escondido (12)	3	✓	
118	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (15)	3	✓		150	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse (15)	4	✓	
119	Várias palavras com significado (pelo menos 4) (15)	4	-		151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar (15)	5	✓	
120	Usa mais de 7 palavras com significado (15)	5	-		152	Empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade (18)	6	✓	
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (18)	6	-		153	Chuta bola pequena (24)	7	-	
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (24)	7	-		154	Altra com a mão bola pequena (24)	8	-	
123	Nomeia objectos e gravuras familiares (24)	8	-		155	* Sabe aguardar pela sua vez no jogo (24)	9	-	
124	Fala geralmente compreendida pela mãe (24)	9	-		156	Jogo imaginativo complicado, cumpre regras (24)	10	-	
125	Usa palavras interrogativas (O quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (p.e., mim, tu) (24)	10	-		PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL				15
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos (24)	11	-		CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA (6-60 M)				
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais (24)	12	-		ALIMENTAÇÃO				
128	* Dá apropriada conta de acontecimentos recentes (24)	13	-		157	Seguro no biberon quando está a ser alimentado (24)	1	✓	
129	Discurso fluente e claro (24)	14	-		158	Tenta pegar na colher (24)	2	✓	
130	* Frases de 5 + palavras (24)	15	-		159	Seguro, morde e mastiga uma bolacha (24)	3	✓	
131	* Descreve sequência de acontecimentos (24)	16	-		160	Bebe por um copo com ajuda (24)	4	✓	
132	* Consegue explicar acontecimentos (24)	17	-		161	Seguro na colher mas não se alimenta (24)	5	-	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DA FALA E LINGUAGEM				9	162	Seguro na colher, leva-a à boca mas não consegue deixar de entornar (24)	6	-	
CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL					163	Seguro na chávena com ambas as mãos e bebe sem entornar muito (24)	7	-	
COMPORTAMENTO SOCIAL					164	Come com colher sem entornar (24)	8	-	
133	Som à estimulação social (24)	1	✓		165	Levanta o copo, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade (24)	9	-	
134	Responde ao tratamento carinhoso (24)	2	✓		166	Come perfeitamente com colher (24)	10	-	
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas (24)	3	✓		167	Come com colher e garfo (24)	11	-	
136	Leva tudo à boca (24)	4	✓		168	Come perfeitamente com pouquíssima ajuda (24)	12	-	
137	Mostra-se irritado quando frustrado (24)	5	✓		169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição (24)	13	-	
138	Faz gracinhas e acena "adeus" (24)	6	✓		HIGIENE 1 (171 - 175) HIGIENE 2 (176 - 180)				
139	Curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta (24)	7	✓		170	Dá sinal quando está molhado ou com fezes (24)	1	✓	
140	Imita actividades simples da vida diária (24)	8	✓		171	Dá sinal antes de fazer (irritabilidade / vocalização) (24)	2	Q	
141	* Resistente e rebelde quando contrariado (24)	9	✓		172	Seco durante o dia (24)	3	-	
142	Brinca c/ outras crianças mas não partilha brinquedos (24)	10	-		173	Verbaliza a necessidade de ir à toalete em tempo razoável (24)	4	-	
143	* Partilha brinquedos e a atenção dos adultos (24)	11	-		174	Geralmente seco durante a noite (24)	5	-	
144	* Mostra-se preocupado com irmãos e amigos (24)	12	-		175	Lava as mãos (24)	1	-	
145	Conforta activamente irmãos e amigos (24)	13	-		176	Lava e seca as mãos e escova os dentes (24)	2	-	
146	Nomeia o melhor amigo (24)	14	-		177	Lava e seca mãos e cara, com competência (24)	3	-	
JOGO					178	Veste-se e despe-se sozinho (s/ botões e fechos) (24)	4	-	
147	Quando lhe é oferecida uma roca, agarra-a e aban-a para obter som (24)	1	✓		179	Veste-se e despe-se sozinho (induindo botões e fechos) (24)	5	-	
148	Encontra um objecto parcialmente escondido (24)	2	✓		PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA				5

* Estes itens são explicados nas instruções

Anexo VI - Folha do Perfil de “Afonso”

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Folha do Perfil

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

:: HPC - Centro de Desenvolvimento da Criança ::

Nome: "Afonso" N.º de Processo: _____

D.N.: ____/____/____ Idade: ____ Data da Observação: ____/____/____

Avaliação efectuada por: _____

Idade (meses)	Áreas										Idade (meses)
	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
60 m			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32	60 m
48 m			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28	48 m
36 m			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 m
30 m			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20	30 m
24 m			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16	24 m
18 m			8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 m
15 m			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9 8	15 m
12 m		12	4 3	9 8	11 10	8 7 6	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6	12 m
10 m		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4	10 m
8 m		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2	8 m
6 m	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1	6 m
3 m	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2			3 m
1 m	3 2 1	2		1	3 2		1	1			1 m
0 m		1			1	1					0 m
Áreas	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
* Qualidade											

* Use um "X" para indicar preocupação relativamente à qualidade da performance.

Apêndice VI

Anexo VII – Resultados da aplicação da escala M-CHAT

Apêndice VI

Nome: **"Afonso"**

Preenchido por: _____

Data de Nascimento: _____

Parentesco do informador: _____

Data: _____

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2	Interessa-se pelas outras crianças?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3	Gosta de subir objectos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5	Brinca ao faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9	Alguma vez lhe trouxe objectos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16	Já anda?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18	Faz movimentos estranhos com as mãos/dedos próximo da cara?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23	Procura a sua reacção facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Traduzido pela Unidade de Autismo

Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra
Autorização Diana Robins

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O (M-CHAT) é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objectivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo (PEA). Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (cuidados primários de saúde), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, indicando que nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Cotação:

A cotação do **M-CHAT** leva menos de dois minutos. Resultados superiores a **3 (falha em 3 itens no total)** ou em **2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, regista as repostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a “**Negrito**” representam os **itens CRITICOS**.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Referências bibliográficas:

- <http://www2.gsu.edu/~psydlr>
- Kleinman et al. (2008) ‘The Modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders’, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839.
- Robins, D. (2008) ‘Screening for autism spectrum disorders in primary care settings’, *Autism*, Vol 12(5) 481-500.

Autismo

O Autismo é uma das doenças que fazem parte dos Distúrbios do Espectro Autista (DEA), bem como a síndrome de Asperger (Bryant, 2014).

Os DEA são alterações do comportamento neurológico, de etiologia desconhecida, com uma base genética. Estes distúrbios manifestam-se durante a primeira infância, principalmente dos 18 aos 36 meses de idade, sendo um distúrbio cerca de quatro vezes mais comum no género masculino, embora o género feminino seja mais gravemente afetado.

Apesar da causa dos DEA ser desconhecida, existem evidências consideráveis que apoiam causas biológicas múltiplas. Os indivíduos com estes distúrbios apresentam atraso no desenvolvimento da mão dominante, convulsões epiléticas, alterações nos eletroencefalogramas, alterações metabólicas, entre outros. Por outro lado, quando a uma criança é diagnosticada Autismo, os exames laboratoriais indicam alterações genéticas conhecidas, como a síndrome do X-Frágil. A esclerose tuberosa, distúrbios metabólicos, síndrome da rubéola fetal, meningite *Haemophilus influenza*, e anomalias estruturais do cérebro, têm sido relatados em associação aos DEA (*Ibid*).

Manifestações Clínicas

As crianças com DEA apresentam uma tríade de dificuldades evidente, antes dos 3 anos de idade, como défices centrais principalmente na comunicação, comportamento e interação social. Assim, as crianças autistas evidenciam:

- Um distúrbio da linguagem intensa: há crianças que não conseguem falar, outras mostram um discurso difuso com fala anormal e atrasada, compreensão fraca do que lhes é dito e ausência de brincadeiras imaginativas. Nos primeiros anos há uma tendência para ecoar perguntas, repetir instruções e referir-se a si mesma com “você” (Lissauer & Clayden, 2002). Pode ainda apresentar uma linguagem atípica, como cantarolar ou grunhir por longos períodos e rir de forma inadequada. Qualquer criança que não apresenta competências linguísticas tais como

- balbuciar ou gesticular aos 12 meses, uma única palavra aos 16 meses, e duas palavras-frase aos 24 meses deve ser imediatamente avaliada em termos de audição e linguagem (Bryant, 2014).
- Dificuldade em relacionar-se com as outras pessoas: há uma extrema indiferença no relacionamento com os outros e de contacto ocular em encontros sociais. São crianças que não procuram conforto e não estabelecem ligações de amizade, preferem a sua própria companhia e não compartilham as suas emoções ou brincadeiras (Lissauer & Clayden, 2002). Os défices sociais, para além do contacto visual anormal precoce, incluem também a incapacidade de sorrir e de responder ao nome, ausência de imitação, jogo interativo e do uso de gestos como o apontar e acenar (Johnson, 2008; Shah, Dalton & Boris, 2007, citado por Bryant, 2014).
- Não gostam de mudanças: as crianças com autismo gostam de rotinas, o que significa fazerem sempre as mesmas coisas da mesma maneira. Podem reagir muito mal quando alguém lhe altera as rotinas, porque deixam de saber o que fazer e como fazer.

O diagnóstico do autismo é geralmente realizado por um pediatra geral ou de desenvolvimento, neurologista, psicólogo ou psiquiatra.

A identificação de autismo é fundamental, e as escalas de avaliação permitem mensurar as condutas manifestadas pela criança de maneira a estabelecer-se um diagnóstico mais confiável (Assumpção, Kuczynski, Gabriel & Rocca, 1999).

O reconhecimento rápido, encaminhamento, diagnóstico e intervenção precoce intensiva tendem a melhorar os resultados nas crianças com DEA. O diagnóstico é feito após a avaliação da criança, com recurso a diferentes ferramentas e testes comportamentais.

A escala *Checklist for Autism in Toddlers* é uma escala de rastreamento que pode ser utilizada durante as consultas pediátricas, com objetivo de detetar e diagnosticar precocemente traços de autismo, sendo aplicada a crianças a partir dos 18 meses, em especial, com elevado risco genético de possuir este tipo de perturbação. O instrumento de avaliação é constituído por 9 questões sim/não dirigida aos pais e 5 questões de observação da criança (Robins & Dumont-Mathieu, 2006).

Pretende-se que este instrumento seja de fácil e rápida aplicação, e que possa ser usado por clínicos gerais ou qualquer outro tipo de técnicos, tais como terapeutas ocupacionais, não especificamente treinados para o diagnóstico do autismo.

Existe também uma versão modificada denominada *Modified Checklist for Autism in Toddlers*, cujo objetivo é a detecção do autismo e perturbações invasivas do desenvolvimento dos 18-25 meses. Esta escala é constituída por 23 itens, sendo utilizada por médicos e psicólogos em entrevista ou autopreenchimento pelos pais.

Gestão dos cuidados de enfermagem

Para trabalhar num plano centrado na criança autista é importante a consciencialização e sensibilização relativamente ao autismo, sendo uma área que envolve profissionais com formação especializada, competências e conhecimentos para comunicar e apoiar estas crianças/famílias.

No entanto, estando a comunicação e a interação social comprometidas nestas crianças, a comunicação clínica e a construção da relação constituem um desafio particular. Para prestar cuidados de saúde apropriados, o enfermeiro deve considerar as características de cada criança.

Os pais precisam de ajuda e o enfermeiro, entre outros técnicos e associações, poderão ajudar a família na vivência com uma criança autista. Ser pai ou mãe é um desafio feito de momentos difíceis e momentos maravilhosos, mesmo com uma criança autista. Tendo em conta a tríade de dificuldades expressas, o importante é adotar uma postura favorável à criança. Para isso, no dia-a-dia das crianças é importante ter presente os seguintes aspetos:

- Conhecer as características do autismo;
- Na resposta a estímulos sensoriais a criança autista pode apresentar hipo/hipersensibilidade aos sons; medo ou fascínio por certos ruídos ou reflexos; recusa de alimentos, cores e texturas; atração por determinados cheiros e brilhos, hipo/hiperatividade e alterações na reação à dor.

Apêndice VI

- Usar uma linguagem simples, com uma instrução de cada vez, mantendo a calma;
- Comunicar entre todos os intervenientes de forma continua – todos têm de usar as mesmas regras;
- Estabelecer rotinas simples e tentar ser consistente quando está a trabalhar um comportamento particular;
- Utilizar expressões faciais e gestos simples e explícitos;
- Dar tempo à criança;
- Manter a calma, trabalhando poucos aspetos de cada vez e estabelecendo prioridades;
- Minimizar os contactos sociais ameaçadores, permitindo o isolamento e respeitando o seu ritmo;
- Tomar atenção às preferências e antipatias da criança;
- Ter atenção às alterações da rotina da criança. Estas devem ser feitas de forma progressiva (respeitar o tempo que a criança permanece nas tarefas, não insista);
- Lidar com os comportamentos inadequados de uma forma efetiva e divertida, sempre que seja possível;
- Ser cuidadoso para não reforçar comportamentos indesejáveis;
- Dividir todas as tarefas e comportamentos a serem trabalhados em passos mais pequenos (ter atenção que por vezes os passos também têm passos);
- Ser paciente e prudente, pois o comportamento demora a mudar;
- Quando se sentir só, peça ajuda, partilhe com outros as suas dificuldades e preocupações;
- Salvar que é importante não desistir, os resultados poderão demorar algum tempo. É importante olhar para os aspetos positivos e não só para os problemas (<http://www.apeci.org.pt/>).

Tendo em conta as características da doença, uma ideia importante deve sobressair: a criança autista é uma criança especial, com necessidades especiais, tanto no domínio escolar, como social e familiar, devendo portanto, merecer uma atenção específica e exaustiva para que possa viver em sociedade do modo mais feliz e integrada possível.

BIBLIOGRAFIA

- Assumpção, F. B., Kuczynski, E., Gabriel, R. M. & Rocca, C. C. (1999). Escala de avaliação de traços autísticos (ATA) - Validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arquivos Neuropsiquiatria*. 57(1). 23-29.
- Bryant, R. (2014). A criança com déficit cognitivo, sensorial ou comunicacional. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 964-1004). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- https://docs.google.com/file/d/0B9ZeEuHgY7lcYjExZjZmMjctYTVhMi00YjkxLTkzMGQtZDIhMmY3MThkNGY2/edit?hl=pt_PT&pli=1. Acedido a 2014-01-22.
- <http://www.apeci.org.pt/>. Acedido a 2014-01-22.
- <http://www.autismo.com.br/>. Acedido a 2014-01-13.
- <http://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>. Acedido a 2014-01-22.
- <http://www.fragilex.org/fragile-x-associated-disorders/fragile-x-syndrome/autism-and-fragile-x-syndrome/>. Acedido em 2014-01-03.
- http://www.uptodate.com/contents/search?sp=2&source=USER_PREF&search=SINDROME+DE+X-FR%C3%81GIL&searchType=PLAIN_TEXT. Acedido em 2014-01-03.
- Lissauer, T. & Clayden, G. (2002). *Manual ilustrado de Pediatria* 2.ªed. (Vasconcelos, M. M., Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Tradução do original do inglês Illustrated Textbook of Paediatrics, 2002).
- Robins D & Dumont-Mathieu T. (2006). Early screening for autism spectrum disorders: Update on the modified checklist for autism in toddlers and other measures. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 27(2). S111-S119.

Apêndice VII – Artigos do Boletim da USF “O Novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil” e “Vacinação - O que fazer para ajudar o seu filho...”

O Novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Os ganhos em saúde da população residente em Portugal têm vindo a adquirir relevo ao longo dos últimos anos, nomeadamente os que se referem às duas primeiras décadas do ciclo de vida.

As crianças constituem um dos grupos que merecem atenção particular, logo após o seu nascimento e durante todo o seu desenvolvimento, até aos 18 anos de vida. A vigilância e a promoção da saúde das crianças têm o seu início durante a gestação e continuam após o nascimento com a primeira consulta do recém-nascido, as consultas de vigilância (médicas e de enfermagem), a vacinação e, de forma oportuna, em qualquer contacto da criança ou da família com a Unidade de Saúde.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) introduz diversas alterações de conteúdo relativamente à versão de 2005, das quais se salienta:

- Alteração na cronologia das consultas;
- Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde;
- Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

No decurso das vigilâncias de saúde, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto de objetivos. Assim, pretende-se: avaliar o crescimento e desenvolvimento; estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde, como, o aleitamento materno, a imunização, a saúde oral, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, de acidentes e intoxicações, de maus-tratos, de riscos decorrentes da exposição solar inadequada, assim como, prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência (negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying e práticas tradicionais lesivas – mutilação genital feminina, por exemplo) e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e o bem-estar familiar.

Quanto à periodicidade das consultas, verifica-se que a principal alteração se prende com a inclusão de uma consulta aos 6/7anos de vida, com o intuito de verificar a adaptação da criança ao 1º ciclo de escolaridade. A outra alteração é relativa à consulta aos 10 anos, também ela com o mesmo fim da anterior, ou seja, a preparação da criança para o início do 2º ciclo do ensino básico.

Contudo, salvaguarda-se que as idades referidas não são rígidas. A periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas, ou eliminadas, algumas consultas em momentos especiais do ciclo de vida das crianças e/ou das famílias, como por exemplo, em situações de doença grave, luto, separações ou aumento da fratria.

Catarina Maleita, Enfermeira

Vacinação

A vacinação permite “salvar vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”, uma vez que a vacina é um tipo de substância que é introduzida no corpo para criar imunidade a uma determinada doença. Quando uma pessoa é vacinada passa a ter imunidade em relação a essa doença.

O momento da vacinação é vivido pelas crianças na idade pré-escolar com ansiedade, medo e dor, que demonstram através de um conjunto variado e intenso de reações físicas e emocionais. Mesmo que a criança seja capaz de colaborar num procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação.

Antes do seu filho entrar para a escola e de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, é importante que lhe seja administrado duas vacinas: a **VASPR** (vacina do sarampo, papeira e rubéola), administrada por via subcutânea, e a Vacina **DTPaVIP** (vacina da difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite), administrada por via intramuscular no braço esquerdo.

Pais e profissionais de saúde estão conscientes dos sentimentos que as crianças têm acerca da vacinação e por isso têm sido realizados vários estudos na busca de estratégias eficazes para diminuir a angústia vivida pelas crianças. Vários autores referem que a presença dos pais é uma das intervenções de promoção de conforto e segurança aquando da realização de procedimentos invasivos, como é o caso da vacinação.

Perante estes aspetos, desde já se salvaguarda que os pais precisam de estar preparados para ajudar as crianças a vivenciarem o momento e evitarem expressões como “Eu sei que dói!”, “Vai ter de ser!”, “E sabes porque te doeu? Porque tu olhaste para o braço... porque se tu olhasses para a frente já nem sequer davas conta.”, “Se te portares mal vai-te doer!”, uma vez que poderão intensificar a ansiedade e o medo. O importante é utilizar expressões de incentivo e valentia, como “Vai correr bem, pois tu és forte!”, em conjunto com estratégias



O que pode fazer para ajudar o seu filho...

distrativas, como por exemplo o humor, a utilização de um "truque" e conversas não relacionadas com o procedimento.

A distração, através da estimulação visual e auditiva com jogos, vídeos e brincadeiras (cantar, contar, dizer as cores...) é uma intervenção excelente, simples e eficaz na redução da ansiedade, medo e dor, em crianças na idade pré-escolar, em qualquer contexto clínico, trazendo ganhos em saúde para a criança/família.

Algumas dicas para os pais

Embora haja estudos que nos dizem que é benéfico dar alguma informação às crianças sobre o procedimento, na tentativa de reduzir a ansiedade, surgem dúvidas sobre o tipo de informação a dar e quando dar. A administração de uma vacina assusta a criança pré-escolar, sendo preciso prepará-la com poucas horas de antecedência. Se a criança manifestar alguma ansiedade ao procedimento, esta beneficia de explicações, caso contrário, se a criança se encontrar calma, as explicações poderão desencadear manifestações de medo e ansiedade. Cada criança é uma criança, sendo os pais que detêm um maior conhecimento relativamente a experiências idênticas pelas quais a/o filha/o já passou, as suas preferências, os seus interesses e os seus medos.

Como explicar que vai fazer uma vacina: a vacina é algo de bom, porque vai ajudar o seu filho a ficar protegido de algumas doenças. É como um casaco que nos protege do frio.

Como se comportar na sala de espera: pela situação em si, o seu filho, poderá não ter interesse em brincar com as restantes crianças. Assim, poderá levar um brinquedo para que ele se distraia enquanto espera. Se se ouvir uma outra criança a chorar é aconselhável dirigir-se para outro local mais tranquilo.

Alguns conselhos a adotar na sala de vacinação: Em primeiro lugar, mantenha-se calma(o), a sua ansiedade está associada à ansiedade da criança: pais mais ansiosos tendem a ter crianças que se sentem e demonstram comportamentos mais agitados.

Antes da vacina

- Converse com a criança sobre temas não relacionados com o procedimento (o Jardim de Infância, as brincadeiras do próprio dia...). Progressivamente a enfermeira também irá estabelecendo relação com a criança e com os pais;
- Brinque, caso haja brinquedos na sala;
- Se a criança começar a chorar com medo e/ou com dor, evite criticar e incentive a que esteja quieta com o braço;
- Não diga à criança "Isto não vai doer", como tendência natural dos pais para acalmarem a criança, porque efetivamente a vacina pode fazer doer. Com esta atitude a criança nega a possibilidade de prever a dor.



- Antecipe as consequências positivas, criando uma recompensa com algo de que goste.

Intervenção de enfermagem

- Breve explicação, em especial aos pais, do que são as vacinas e para que servem (evitar contrair doenças, como "um casaco que nos protege do frio"), como se administram e quais os efeitos secundários;
- Após a preparação, a enfermeira irá negociar com a criança sobre uma estratégia distrativa a utilizar durante o procedimento (respirar fundo, soprar uma vela, contar devagar, cantar...), que fará com que a criança se concentre menos na dor da vacina. É importante que, qualquer que seja a brincadeira a utilizar, a faça em conjunto com a criança, ou seja, respire também fundo, sopre com força na vela...;
- A enfermeira irá dar possibilidade de escolha à criança ser vacinada ao colo da mãe/pai/outro familiar ou apenas na cadeira, se quer olhar ou não para o que se lhe vai fazer...;

Após a vacinação

- Após o procedimento a enfermeira irá elogiar e recompensar o comportamento do seu filho;
- Caso esteja a chorar, deve confortar a criança assegurando que "já passou". Dirigir a atenção do seu filho para a recompensa que a enfermeira lhe poderá oferecer ou, caso não haja essa disponibilidade, procurar sempre que possível recompensá-la pelo seu comportamento, mesmo que não tenha sido o mais adequado (brincar um pouco com ela, comer algo de que goste, passear, ver um filme...).

Em procedimentos como a administração de vacinas, a enfermeira tem de preparar/ensinar previamente os pais a preparar, apoiar e consolar a criança neste momento, através da orientação nas consultas de vigilância de saúde, assim como tem de compreender os medos da criança, negociar com ela o que puder, distraí-la e reforçá-la positivamente.

Catarina Maleita, Enfermeira

**Apêndice VIII – Folheto informativo para os pais - “O seu filho de 5 anos vai
à vacina...”**

Antes da vacina

-Converse com a criança sobre temas não relacionados com o procedimento (o Jardim de Infância, as brincadeiras do próprio dia,...);

-Brinque caso haja brinquedos na sala;

-Caso a criança comece a chorar com medo e/ou com dor, evite criticar;

-Evite expressões como “Eu sei que dói.”, “Vai ter de ser.” e “Se te portares mal vai doer-te.”, uma vez que poderão intensificar a ansiedade e o medo;

-Utilize expressões de incentivo e valentia: “Vai correr bem!”, “Tu és forte!”;

-Negocie com a criança um jogo/filme/música simples que o distraia do procedimento que irá realizar. Deve ser algo simples para que a enfermeira possa ter acesso.



Atenção: Faça-a a par com a criança.

Durante a vacina

-Irá ser dada possibilidade de escolha à criança de ser vacinada ao colo da mãe/pai/outra familiar ou apenas na cadeira;

-As estratégias distrativas (contar, dizer as cores, o soprar numa vela...) são uma intervenção excelente, simples e eficaz na redução da ansiedade, medo e dor, em crianças na idade pré-escolar, trazendo ganhos em saúde para a criança/família;

-Antecipe as consequências positivas: elogie e recompense o comportamento do seu filho.

Após a vacinação

-Caso esteja a chorar, conforte-a assegurando que “já passou”;

-Dirija a atenção do seu filho para a recompensa.



Elaborado por

Catarina Isabel Nobre Maleita

Contatos: 219527520

Email: usf.villalonga@cs.pir.mn-saude.pt

Web site: www.usf-villalonga.net



**O seu filho de 5 anos
vai à vacina,
como proceder?...**



Janeiro 2014

Porquê vacinar?

A vacinação permite "salvar vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico".

A vacina é um tipo de substância que, introduzida no corpo, cria imunidade a uma determinada doença.

O momento da vacinação é vivido pelas crianças na idade pré-escolar com ansiedade, medo e dor, que demonstram através de um conjunto variado e intenso de reações físicas e emocionais.

A presença dos pais promove o conforto e a segurança.

Vacinas a administrar

- **VASPR** (Sarampo, Parotidite e Rubéola), no braço direito, via subcutânea;
- **DTPaVIP** (Difteria, Tétano, Tosse Convulsiva e Poliomielite), no braço esquerdo, via intramuscular.



Efeitos adversos:

VACINA	LOCAIS	SISTÉMICOS
VASPR	- Ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema (inchaço).	- Entre o 5º e os 12º dias pode surgir: febre (> 39,4°C) e/ou borbulhas, semelhante ao sarampo, de curta duração (1 a 2 dias).
DTPaVIP	- Dor, rubor (vermelhidão), edema; - Pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que é reabsorvido ao longo de várias semanas.	- Febre, irritabilidade, sonolência e diminuição do apetite que habitualmente desaparecem ao fim de 48-72 horas.



Como explicar que vai fazer uma vacina

A vacina é algo de bom, vai ajudar o seu filho a ficar protegido de algumas doenças. É como um casaco que nos protege do frio.

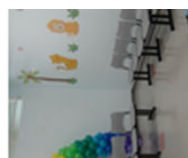
Como se comportar na sala de espera

O seu filho, poderá não ter interesse em brincar com as restantes crianças pelo que poderá levar um brinquedo. Se se ouvir uma outra criança a chorar é aconselhável dirigir-se para outro local mais tranquilo.



Alguns conselhos a adotar na sala de vacinação

Mantenha-se calma(o), a sua ansiedade reflete-se na criança: pais mais ansiosos tendem a ter crianças que se sentem e demonstram comportamentos mais agitados.



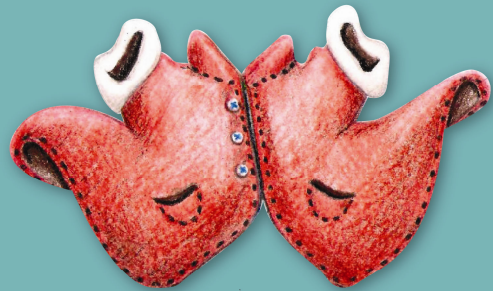
Apêndice IX – Livro “O Casaco Mágico”

O Casaco... Mágico!

*Durante a conversa a enfermeira
disse que iriam fazer um jogo e
no final receberia uma surpresa.
O Afonso gostou muito da ideia.*



O Casaco... Mágico!



Têxto: Catarina Maleita Ilustrações: Vanessa Marques

Ficha Técnica

TÍTULO
O casaco Mágico
AUTORIA
Catarina Isabel Nobre Maleita
DESIGN
Vanessa Maria Dias Marques

Fevereiro de 2014

As Personagens

...



Urso
com nariz
de porco



Afonso



Mãe
Lúcia



Enfermeira
Ana



Amigo
João

Apêndice IX

Hoje o Afonso faz 5 anos
e a mãe preparou-lhe
uma grande festa.

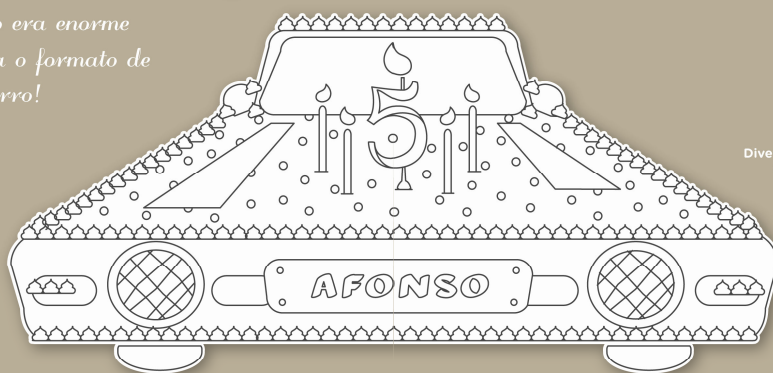
Estavam os pais,
familiares e amigos
da escola.

O bolo era enorme
e tinha o formato de
um carro!



O Afonso gosta muito de
brincar com carros.

A festa foi muito bonita
e o Afonso gostou muito
quando lhe cantaram
os parabéns e apagou
as velas.




Diverte-te e pinta
os desenhos!

Alguns dias depois
a mãe, Lúcia, disse
ao Afonso:

Teremos de ir ao centro
de saúde, visitar a enfermeira
Ana, para levaras as
vacinas.



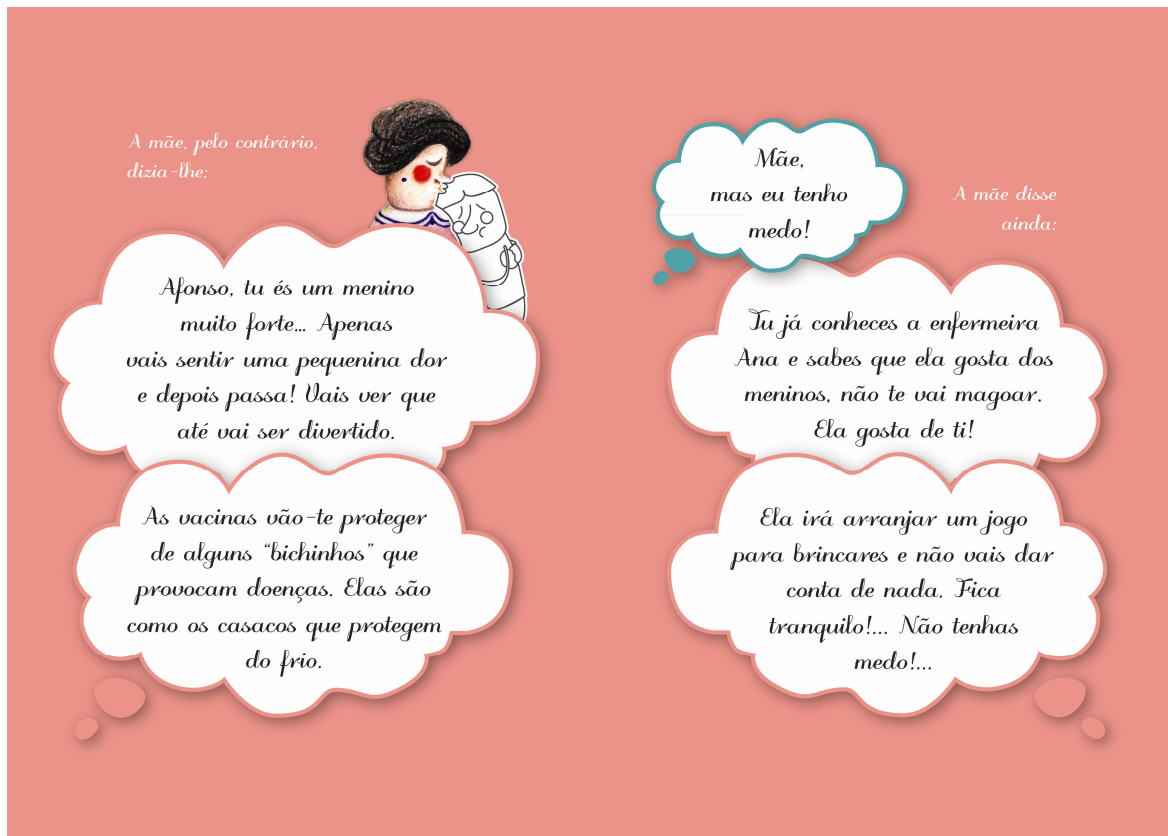
Quando o Afonso ouviu a
mãe ficou muito preocupado
e com medo.

Ele não queria ser vacinado
e dizia:

Mãe, eu não quero levar
vacinas!... Vai doer!...
Eu não quero!... Eu tenho
medo!...

Era apenas um reforço, mas
como as primeiras vacinas
foram dadas enquanto
o Afonso era bebé, ele não
se lembrava de nada.

Apêndice IX



Apêndice IX

No dia seguinte, o Afonso levantou-se e foi ter com a mãe, com um ar muito decidido:

Mãe, eu quero ser vacinado hoje. Pode ser?



Sim, podemos ir hoje.

O Afonso ficou muito contente com a resposta da mãe.

Rapidamente, o Afonso foi vestir-se, lavou os dentes e pegou no seu urso preferido.

Ele gosta muito do seu urso com nariz de porco.



Quando chegaram ao centro de saúde, o Afonso ficou a conversar com a mãe, na sala de espera, sobre a sua festa de anos: o bolo, os presentes, as brincadeiras, os amigos...

Foi um dia muito especial para o Afonso!....



A certa altura o Afonso começou a reparar nos meninos que saíam da sala de vacinação: uns vinham a falar com os pais, outros a rir e alguns a chorar, mas todos eles traziam algo na mão.



Apêndice IX

Tinha chegado a vez
do Afonso. Muito corajoso,
o Afonso levantou-se
da cadeira e dirigiu-se
à enfermeira Ana que
o esperava à porta.



Olá Afonso.
Como estás?

O Afonso respondeu:

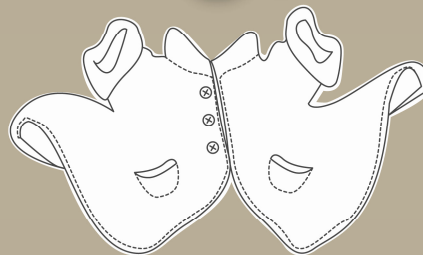
Eu estou bem. Venho levar
as vacinas. Não quero ficar
doente para poder ir à escola. Eu
sou forte e trouxe o meu amigo
urso para me ajudar.



Muito bem, Afonso!
As vacinas são nossas
amigas, protegem-nos
das doenças.

Eu sei!...
As vacinas são como um
casaco, que nos protege
do frio, não é? Foi a minha
mãe que disse.

É verdade Afonso,
é o nosso casaco
mágico.



Enquanto a enfermeira Ana
registava e preparava as vacinas,
ia conversando com o Afonso
e com a mãe.

Apêndice IX

Durante a conversa a enfermeira disse que iriam fazer um jogo e no final receberia uma surpresa. O Afonso gostou muito da ideia.



O jogo é: na primeira vacina vamos contar as borboletas que estão no armário, e na segunda dizer as cores. O que achas? Dode ser?

O Afonso achou engraçado e gostou do jogo.

Afonso!
Queres ser vacinado ao colo da mãe ou sentado na cadeira?

Eu quero ficar ao colo da mãe a abraçar o meu urso.



Ok, Afonso!
Tudo bem. Senta, então, ao colo da mãe.

Disse a enfermeira Ana.

A enfermeira Ana vai explicar-te o que vai acontecer:

vou passar uma compressa húmida no teu braço, é nessa altura que vamos dizer as cores das borboletas que estão no armário.

Depois de terminar colocamos um penso, para não sujar a tua roupa.

O Afonso, com a ajuda da mãe e da enfermeira Ana, contou e disse as cores das borboletas do armário. O Afonso nem deu conta da administração das vacinas. Chorou um pouco na segunda vacina, mas foi um valente, pois o urso deu-lhe muita força. No final, o Afonso disse:

Apenas senti uma impressão no braço, nada de especial.

Muito orgulhoso da sua
valentia virou-se para a
mãe e disse:

Mãe tinhas razão,
não custou nada,... Já tenho
o meu casaco mágico...

Afonso,
como te comportaste muito
bem, aqui tens o teu diploma.
Gostas?

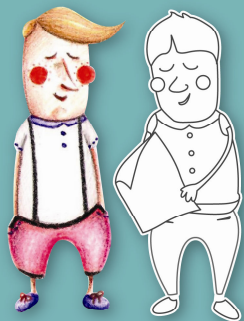
E a enfermeira Ana
entregou-lhe o diploma.

Sim,...
vou mostrá-lo aos meus
amigos. Estou vacinado!
Sou o Super-Homem!



O Afonso saiu da sala
muito contente com o
diploma na mão. Quando
chegou a casa correu para
mostrar ao seu amigo João.

À noite foi todo orgulhoso
apresentar o diploma ao pai
e no final foi colocá-lo
no seu quarto.



CONTACTOS

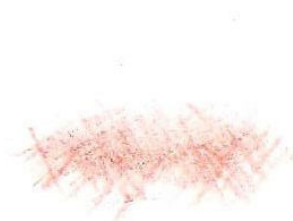
Autora: cmaleita@iol.pt
Ilustradora e designer: vmariadiasm@gmail.com

Apêndice X – Plano da Sessão de Educação para a Saúde
“O Casaco Mágico”

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório

Plano da sessão de Educação para a Saúde

“O Casaco Mágico”



Vialonga
Fevereiro de 2014

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório

O Casaco Mágico

Discente:

Catarina Isabel Nobre Maleita

Orientadora:

Sónia Videira

Docente:

Maria Manuela Soveral

Vialonga

Fevereiro de 2014

ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	5
1. A CRIANÇA E O MUNDO IMAGINÁRIO	6
1.1. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde	7
NOTA FINAL	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
APÊNDICES	
Apêndice I – Poster de divulgação da sessão	
Apêndice II – Guião da peça de teatro	
Apêndice III – Diploma de participação na Sessão de Educação para a Saúde	

NOTA INTRODUTÓRIA

A Sessão de Educação para a Saúde (SEpS) intitulada “O Casaco Mágico” surgiu no âmbito do estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo. Este estágio decorreu no período de 20 de janeiro a 14 de fevereiro de 2014, enquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Educação para a Saúde assume particular relevo nos cuidados de enfermagem, visando promover atitudes e comportamentos positivos de saúde definidos, de uma maneira geral, como o padrão de comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde (Green & Kreuter, 1991).

A realização da sessão vem ao encontro das necessidades encontradas no serviço. Ao longo da prática de cuidados, verifica-se o desconhecimento, por parte das crianças, do procedimento para a administração de vacinas, o que provoca manifestações de ansiedade e medo, antes e durante a vacinação. Assim, delineou-se esta SEpS com o principal objetivo de ajudar a criança a desmistificar a vacinação.

Considera-se, assim, que a sessão de educação, adequada à criança, contribui para que esta desenvolva competências para lidar com a vacinação de forma a melhorar e a controlar a ansiedade e o medo face ao procedimento.

1. A CRIANÇA E O MUNDO IMAGINÁRIO

Dada a multiplicidade de fatores que interferem no desenvolvimento da criança, a prestação de cuidados de enfermagem deve ser centrada na pessoa, enquanto ser global e único, envolvendo dimensões como empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade (Guerreiro, 2002).

Na teoria cognitiva de Piaget, a fase pré-operatória constitui o período etário dos 2 aos 7 anos, sendo a sua característica predominante o egocentrismo. São crianças centradas em si e não conseguem compreender o ponto de vista do outro. O pensamento é concreto e tangível, dominado por aquilo que elas veem, ouvem e experienciam, não possuindo a capacidade de deduzir ou generalizar (*Ibid*). Neste estágio, a criança torna-se mais perspicaz no uso do pensamento mágico, as suas brincadeiras são imitativas, imaginativas e de dramatização. As roupas de fantasia, bonecas, *kits* de médico e enfermeiras são brinquedos que proporcionam à criança momentos de autoexpressão (Monroe, 2014).

O brincar é a atividade mais importante da criança e é essencial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. Esta é a forma que a criança tem para, ativamente, expressar os seus medos, ansiedades e frustrações. Ao brincar, a criança expressa de forma simbólica as suas fantasias, desejos e experiências vividas (Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001).

A brincadeira permite à criança conseguir extravasar os seus sentimentos, ajudando-a a refletir sobre a sua situação, criando alternativas de conduta, assumindo na nossa opinião um papel essencial, por exemplo, aquando dos procedimentos dolorosos.

Existem diferentes tipos de brincadeira, referidos por Tavares (2008), citando Glasper & Haggarty (2006):

- Brincadeira educativa – tem como essência transmitir informação às crianças. Felder-Puig *et al.* (2003) afirmam que esta é a forma de transmitir a informação necessária, eficaz e acessível.

- Brincadeira normativa – brincadeira do dia-a-dia, que pode ser proporcionada dentro do hospital para fazer a ligação com a casa.
- Brincadeira terapêutica – centra-se no que a criança se encontra a experienciar, e serve para partilhar informação em ambos os sentidos – da criança para o enfermeiro e do enfermeiro para a criança.

Qualquer um destes tipos de brincadeira foram definidos para o contexto hospitalar, no entanto, em contexto de cuidados de saúde primários, poderá utilizar-se com alguma frequência a brincadeira educativa. É neste contexto que surge a realização de uma sessão de educação para a saúde recorrendo a um teatro de fantoches.

O brincar possibilita ao enfermeiro relacionar-se com a criança e ajudá-la a sentir-se em segurança, com base numa relação de confiança e mais próxima. Para comunicar eficazmente com a criança, tendo sempre em conta o seu desenvolvimento cognitivo, o brincar deverá tornar-se numa ferramenta essencial de enfermagem.

1.1. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: “O Casaco Mágico”

Grupo a que se destina: Crianças com 4/5 anos de idade do Jardim de Infância.

Local: Instalações do Jardim de Infância.

Data e hora: a combinar.

Objetivos: Demonstrar a importância da vacinação

Estratégia: Peça de teatro de fantoches.

Preletora: Catarina Maleita – Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a estagiar na USF.

Conteúdos	Método/ Técnica	Tempo
Introdução -Apresentação da preletora -Apresentação do tema	Expositivo	3 minutos
Peça de teatro -Pequena peça de teatro intitulada “O casaco mágico”, que relata a ida do Afonso à vacinação.	Interativo	15 minutos
Conclusão -Breve síntese da sessão -Esclarecimento de dúvidas	Exposição dialogada	5 minutos
Avaliação da sessão -Perguntas objetivas e simples, direcionadas para as crianças e relacionadas com o teatro, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Como se chama o menino? • Quantos anos tem o Afonso? • O que é uma vacina? • O que é que elas fazem? • Como se chama a enfermeira? • Qual foi o jogo que o João fez durante a vacina? • Gostaram do teatro? 	Interativo	10 minutos

NOTA FINAL

A Promoção da Saúde através da vertente da Educação para a Saúde é considerada atualmente como a estratégia mais adequada na promoção da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo o enfermeiro o profissional de eleição para desempenhar este papel de educador.

Uma vez que, foi impossível colocar em prática o plano redigido, fica a nota de que, assim que seja possível, será executado, pois serão as crianças as principais beneficiadoras desta intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Felder-Piug, R. *et al.* (2003). Using a children's book to prepare children and parentes for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 67. 35-41.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd ed.). London: Mayfield Publishing.
- Guerreiro, M. H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem - vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9(2). 76-85. Acedido a 12-05-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11518.pdf>.
- Monroe, A. R. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 662-644). Loures: Lusociência.(tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Tavares, P. P. S. (2008). *Acolher brincando – A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Apresentada Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Apêndice X

Apêndice I – Poster de divulgação da sessão



Sessão de Educação para a Saúde

Vamos ao Teatro!...



O Casaco...

Mágico!

Formadora:

Catarina Maleita – Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Apêndice X

Apêndice I – Guião da peça de teatro

PEÇA DE TEATRO

Narrador: Bom dia meninos!

Meninos: (Bom dia!)

Narrador: Tudo bem convosco?

Meninos: (Sim...)

Narrador: Sabem, o meu nome é Mariana e venho contar-vos uma história. Sabem qual é? “O Casaco Mágico”.

A nossa história vai falar-nos de um casaco muito especial... um casaco que nos protege das doenças.

Todos os anos em todas as aldeias, vilas e cidades há muitos meninos que vão para a escola. Isso acontece por volta dos 5/6 anos de idade e é nesta altura que é necessário levar vacinas! Mas o que são as vacinas e para que servem?

Apresento-vos as personagens da história: o Afonso, a mãe do Afonso - Lúcia e a enfermeira Ana.

Vamos ouvir a história?

Meninos: (Sim...)

Narrador: Era uma vez um menino chamado Afonso.

Afonso: Olá meninos! Eu sou o Afonso. Tenho 5 anos. Fiz anos na semana passada. A minha mãe preparou-me uma grande festa. O bolo era enorme. Convidei os meus amigos da escola, primos, avós, padrinhos,... tinha a casa cheia de amigos.

Cantaram os parabéns e eu apaguei as velas todas de uma vez só.

Lúcia: Afonso! Onde estás?

Afonso: Estou, aqui mãe! Estou a falar com uns meninos...a contar-lhes como a minha festa de anos foi bonita.

Lúcia: Gostaste filho!?

Afonso: Sim, gostei muito.

Lúcia: Fico contente! Já és um menino crescido. Já tens 5 anos e em setembro já vais para a escola. Por isso, daqui a algum tempo temos de ir ao centro de saúde, à enfermeira Ana, para fazeres as vacinas.

Afonso: Vacinas!... Eu não quero levar vacinas!... Vai doer!... Eu não quero!... Mãe! Eu tenho medo!...

Lúcia: Não tenhas medo, Afonso! Tu és um menino muito forte! Vais ver que até vai ser divertido ires ter com a enfermeira Ana. Sabes o que são vacinas?

Afonso: Não sei mãe. O que são?

Lúcia: Eu explico: a vacina é um líquido que nos protege de doenças.

Afonso: Como é que um líquido faz isso?

Lúcia: Esse líquido, ao ser introduzido no nosso corpo, faz com que o nosso corpo crie “soldados” que nos protegem das doenças. Estes “soldados” vão combater os bichinhos que nos provocam doenças. Percebeste, filho?

As vacinas são como os casacos que nos protegem do frio.

Afonso: Há! Já percebi. As vacinas ajudam-nos a não ficar doentes?

Lúcia: Sim, é isso.

Afonso: Mas, mãe,... eu tenho medo!

Lúcia: Fica tranquilo, filho. Não vai custar nada. Sabes que a enfermeira Ana gosta de brincar e vai arranjar-te um jogo para te distrair.

Afonso: Está bem...

Narrador: O Afonso ficou a perceber a importância de ser vacinado, mas não deixou de ficar com algum medo e foi para o quarto pensar naquilo que a mãe lhe tinha dito. Ele sabia que a enfermeira Ana tinha sempre uma brincadeira para tudo, era muito divertido ir às suas consultas. Havia livros, jogos, lápis, canetas, folhas, desenhos, muita coisa divertida para fazer.

Passado algum tempo, o Afonso dizia para o seu urso preferido:

Afonso: Não vale a pena estar com medo, não achas? Eu sou um menino crescido e forte!

Narrador: No dia seguinte o Afonso levantou-se muito decidido e foi ter com a mãe.

Afonso: Mãe, eu posso ser vacinado hoje? Pode ser? Podemos ir hoje à enfermeira Ana?

Lúcia: Está bem filho, vamos hoje ao centro de saúde.

Narrador: O Afonso ficou muito contente com a resposta da mãe. Foi até ao quarto, vestiu uma camisola, umas calças, lavou os dentes e agarrou no seu urso e foi ter

com a mãe que estava na sala a preparar os documentos do Afonso. Teria de levar o boletim de vacinas. Um livrinho que é amarelo...

Quando chegaram ao centro de saúde, tiraram uma senha e foram para a sala de espera. Estavam já alguns meninos, uns para consulta e outros para a vacinação.

Enquanto esperavam o Afonso e a mãe iam conversando:

Afonso: Óh, mãe, eu gostei muito da minha festa de anos! Obrigada! Ontem, o Diogo disse-me que também gostou muito de ter ido.

Lúcia: Ainda bem que gostaste.

Afonso: Mãe, olha aquele menino, que vem ali com o pai... trás um papel na mão muito giro...vem a limpar os olhos... será que esteve a chorar?

Lúcia: Não sei, mas não faz mal chorar... Mesmo assim deve ter-se portado bem, pois traz na mão um diploma de bom comportamento. Repara no que trás ainda no casaco: - uma medalha a dizer: "Fui corajoso!".

Narrador: A enfermeira veio à sala chamar outra senha. Tinha chegado a vez do Afonso.

Enfermeira: Olá, Afonso! Como estás?

Afonso: Eu estou bem. Já tenho 5 anos e vou para a escola. Venho levar as vacinas.

Enfermeira: E já sabes o que são as vacinas e porque é importante levá-las?

Afonso: Ontem a minha mãe explicou-me que as vacinas nos protegem das doenças. É o meu casaco que me protege das doenças.

Enfermeira: Sabes Afonso, as vacinas são o nosso casaco mágico.

Vou preparar as vacinas e registar aqui no teu livrinho amarelo.

Já está. E agora, posso propor fazermos um jogo?

Afonso: Sim...

Enfermeira: Vamos fazer duas vacinas, uma em cada braço. Na primeira vacina, vamos contar as borboletas que estão no armário e na segunda vacina vamos dizer as cores das borboletas. Pode ser?

Narrador: O Afonso achou graça ao jogo, pois a mãe já lhe tinha ensinado a contar até 10 e já sabia cerca de 7 cores.

Enfermeira: Afonso, queres sentar ao colo da mãe ou aqui na cadeira?

Afonso: Eu quero sentar ao colo da mãe e agarrado ao meu amigo urso.

Enfermeira: Então senta ao colo da mãe. Vamos começar pelo teu braço esquerdo. Vou passar uma compressa húmida no teu braço e depois começamos a contagem. Meninos contem connosco! Um, dois, três, quatro, cinco,...

Boa, já está. Vou apenas colocar um penso.

Agora vamos à outra vacina, no outro braço. Vamos dizer as cores das borboletas?

Afonso: Amarela, azul, verde, cor de laranja, cor-de-rosa,... Já está? Mãe, está a doer um pouco...

Enfermeira: Já está, Afonso. Foste um valente.

Afonso: Mãe, afinal não custou nada... só doeu um bocadito, mas já passou.

Mãe, já tenho o meu casaco mágico. Já não vou ficar doente. Sou um menino forte. Estou vacinado.

Enfermeira: Como foste muito forte, dou-te uma medalha a dizer “Fui muito corajoso!” e um diploma de bom comportamento.

Afonso: Obrigada, enfermeira Ana. Vou mostrar ao meu amigo Diogo.

Lúcia: Enfermeira Ana, que cuidados tenho de ter?

Enfermeira: D. Lúcia, nos braços coloque um pouco de gelo protegido com uma toalha e vá vigiando a febre. Se tiver febre dê-lhe paracetamol. Pode ainda surgir passado duas semanas uma borbulhagem semelhante ao sarampo e febre também nessa altura. É uma reação passageira que não necessita de ir ao médico.

Lúcia: Obrigada, enfermeira Ana. Até à próxima. Continuação de um bom dia.

Afonso: Obrigada. Xau!

Enfermeira: Xau, Afonso.

Narrador: O Afonso saiu da sala muito contente com o seu diploma de bom comportamento na mão. Quando chegou a casa correu para junto do pai para lhe mostrar. No outro dia, levou-o para a escola e mostrou ao seu amigo Diogo e aos restantes colegas.

Vitória, vitória, acabou-se a história.

Gostaram meninos?

**Apêndice III – Diploma de participação na Sessão de Educação para a
Saúde**



Diploma



_____ de _____ anos, participou

na peça de teatro “*O Casaco Mágico*”, no dia

____/____/____.

